

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1930 — N° 1

LA COMPRESSION VAGINALE DES ARTÈRES UTÉRINES
au
Cours des Hémorragies Graves du Post-Partum

Thèse

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 1930

PAR

SCHEBAT LÉON

né à Alger, le 30 Septembre 1902

Interne de 1^{re} Classe des Hôpitaux

Lauréat des Hôpitaux (Prix Poisson 1927)

Lauréat de la Faculté

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge.....	Président
COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.	Juges
HOUEL, Agrégé (Accouchements).....	
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER

IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT
2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1930

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1930 — N° 1

LA COMPRESSION VAGINALE DES ARTÈRES UTÉRINES

au

Cours des Hémorragies Graves du Post-Partum

Thèse

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 1930

PAR

SCHEBAT LÉON

né à Alger, le 30 Septembre 1902

Interne de 1^{re} Classe des Hôpitaux

Lauréat des Hôpitaux (Prix Poisson 1927)

Lauréat de la Faculté

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge.....</i>	<i>Président</i>
COSTANTINI, <i>Professeur de Clinique Chirurgicale.</i>	} <i>Juges</i>
HOUËL, <i>Agrégé (Accouchements).....</i>	
DUBOUCHER, <i>Agrégé (Chirurgie).....</i>	

ALGER

IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT

2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1930

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. LEBLANC (*, I, I. U).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (*, I. U).
ASSESSEUR.....	GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. N...
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (*, I. U).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. U).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (*, I, I. U).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, A. U. I).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (*, I, I. U).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (I, I. U).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, I, I. U).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. U).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (*, I. U).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	CHASSEVANT (O. *, O. U. I. U).
Physiologie	TOURNADE (O. *, I, I. U).
Pharmacie	MUSO (I. U).
Médecine légale.....	GIRAUD (*, A. U, I).
Anatomie	LEBLANC (*, I, I. U).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (*, I. U).
Physique médicale.....	PORTES (*, I, I. U).
Anatomie médico-chirurgicale et mé- decine opératoire	CABANES (*, I, I. U).
Botanique et matière médicale.....	SENEVET (I, A. U).
Pathologie générale et pathologie médicale.....	AUBRY (*, A. U, I).
Chimie minérale et organique.....	WUNSCHENDORFF (I. U).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. U).	MM. HERAIL (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).	SOULE (*, I. U).

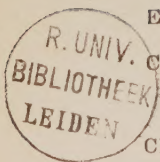
CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes.....	MM. FUSTER (*, I, I. U).
Cours de cliniq. d'oto-rhino laryng.	ABOULKER (*, I. U).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. U).
Médecine	FERRARI (I. U).
Physiologie	POROT (A. U).
Anatomie.....	LEBON (*, I).
Chimie Médicale.	HERMANN (I, A. U).
Obstétrique	RIBET (I).
Histologie	N...
Histoire naturelle pharmaceutique...	HOUEL (*, I, A. U).
	COURRIER (I).
	FOURMENT.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



DU MÊME AUTEUR

**Un cas d'échinococcose pulmonaire métastatique
avec granulie pulmonaire terminale.**

(En collaboration avec MM. les docteurs DUMOLARD et NOUCHI, *Société de Médecine d'Alger*, 24 Avril 1926).

Pyopneumothorax tuberculeux gauche avec communication abdominale.

(En collaboration avec MM. les docteurs AUBRY et DUMOLARD, *Société de Médecine d'Alger*, 13 Novembre 1926).

Des migrations insolites du pyopneumothorax tuberculeux.

(Mémoire pour l'Internat de première classe, 1926).

Décapitation de la cupule radiale. — Enucléation en avant, extirpation par voie sanglante.

(En collaboration avec M. le Professeur COSTANTINI, *Société de Chirurgie d'Alger*, Août 1927).

A propos de dix cas de sténose sous vatricienne du duodénum traitées par la duodénojejunostomie.

(Mémoire pour le Prix Poisson, 1927).

Kyste suppuré de l'ouraque.

(En collaboration avec M. le Professeur COSTANTINI, *Société de Chirurgie d'Alger*, 17 Mars 1927).

Salpingectomie bilatérale avec conservation de l'utérus. — Résection des ovaires. — Persistance des règles.

(En collaboration avec M. le Professeur COSTANTINI, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, 11 Février 1928).

Métrite avec douleurs pelviennes intenses; échec du traitement médical; sympathectomie pelvienne. — Guérison datant d'un an et grossesse.

(En collaboration avec M. le Professeur COSTANTINI, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, 11 Février 1928).

Deux observations de mégasigmoïde avec méso-sigmoïdite en occlusion sans volvulus.

(En collaboration avec MM. les Docteurs P. GOINARD et POUGET, *Société de Chirurgie d'Alger*, Septembre 1928).

Varices thrombosées au 2^e mois de la grossesse; mort par embolie pulmonaire.

(En collaboration avec M. le Professeur LAFFONT, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, 13 Avril 1929).

A propos de quelques cas de délivrance par injection funiculaire.

(En collaboration avec M. le Professeur HOUEL, *Algérie Médicale*, Mars 1929).

Présentation d'une pince utilisée pour la compression vaginale des artères utérines.

(En collaboration avec M. le Professeur LAFFONT
*Société d'Obstétrique et de Gynécologie
d'Alger, Juin 1929).*

**A propos de la stérilisation hormonale d'animaux
femelles par l'insuline.**

(En collaboration avec M. le Professeur LAFFONT
Société de Biologie de Paris, 19 Octobre 1929).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Ta vie n'a été que sacrifice et ab-négation.

*Tu n'eus qu'une ambition : tes
fils.*

*Tu n'as pas eu la joie de nous voir
arriver au terme de nos études; mais
ton souvenir baigne toujours nos
actes.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Ravi trop tôt à notre affection.

A MES TANTE ET ONCLE
MADAME ET MONSIEUR ELIE SCHEBAT

*Trop faible témoignage de notre
amour.*

*Hommage de profonde gratitude
pour tout ce qu'ils ont fait pour
nous.*

A MA FIANCÉE

En toute affection.

A MON FRÈRE ROBERT

Mon meilleur ami.

A TOUS LES MIENS

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES ABOULKER

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a maintes fois guidé de
ses conseils éclairés.
En toute gratitude.*

MONSIEUR LE DOCTEUR E. BENHAMOU

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Témoignage de reconnaissance
pour son enseignement lumineux et
le bienveillant accueil qu'il a bien
voulu nous réserver dans son
service.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFONT

Professeur de Clinique Obstétricale

et de Puériculture du 1^{er} Age

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la Prési-
dence de notre thèse inaugurale.*

*En témoignage de reconnaissance
pour la grande bienveillance qu'il
nous a toujours accordée lors de
nos stages d'interne dans son ser-
vice.*

*Qu'il trouve ici l'expression de
nos sincères remerciements.*

A MES MAÎTRES ET JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR H. COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale

*Hommage respectueux de notre
reconnaissance pour le fructueux
enseignement qu'il nous a donné
alors que nous étions son Interne.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOUCHER

Professeur Agrégé de Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUEL

Professeur Agrégé d'Obstétrique

Témoignage de reconnaissance.

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI
(Clinique Chirurgicale 1924)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET (*In Memoriam*)
(Clinique Chirurgicale Infantile 1924)

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR COCHEZ
(Service de Chirurgie 1925)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET (*In Memoriam*)
(Clinique Chirurgicale Infantile 1925)

MESSIEURS LES DOCTEURS DUMOLARD ET LEMAIRE
(Service de Médecine 1926)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT
(Clinique Obstétricale 1926)

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI
(Clinique Chirurgicale 1927)

MONSIEUR LE DOCTEUR BENHAMOU
(Service de Médecine 1927)

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI
(Clinique Chirurgicale 1928)

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES ABOULKER
(Service de Chirurgie 1928)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT
(Clinique Obstétricale 1929)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT
(Clinique Obstétricale 1930)

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES ET AMIS MESSIEURS LES DOCTEURS

LARRIBÈRE, SABADINI, VERGOZ

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté

A MÈS AMIS LES DOCTEURS

NOUCHY, ABOLKER PIERRE, ABOLKER RAPHAEL

*Témoignage de notre inaltérable
amitié.*

INTRODUCTION

Dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, au cours de notre Internat, nous avons expérimenté la méthode de HENKEL, dans les hémorragies graves après la délivrance. Sur les conseils de notre Maître, nous avons cherché à perfectionner ce procédé et nous avons fait de cette question le sujet de notre thèse inaugurale.

Malgré les nombreux travaux consacrés à cette méthode, elle n'a pas encore acquis droit de cité dans les classiques; aussi, nous serions largement satisfaits si, par notre travail, nous pouvions contribuer à lui faire accorder la place qui nous paraît lui être dûe.

Notre attention a été attirée par la lecture d'un article du Professeur MULLER (1926) sur l'étude de ce procédé. A la Clinique Obstétricale, nous avons appliqué la méthode telle qu'elle a été décrite par HENKEL, puis y avons apporté plus tard quelques modifications.

Le but de notre travail est de porter à la connaissance de tous les praticiens UN PROCÉDÉ SIMPLE ET SÛR POUR JUGULER LES HÉMORRAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Au terme, COMPRESSION DU PARAMÈTRE A L'AIDE DE PINCES, utilisé par HENKEL, nous proposons celui plus explicite à notre avis de COMPRESSION VAGINALE DES UTÉRINES A L'AIDE DE PINCES.

Notre travail comprendra trois parties:

DANS LA PREMIÈRE, nous étudierons après un bref HISTORIQUE, le procédé de HENKEL tel qu'il a été décrit par son auteur, puis nous exposerons le PROCÉDÉ MODIFIÉ qui est utilisé actuellement dans le Service de notre Maître. Enfin, nous décrirons un MODÈLE DE PINCES destiné à remplacer les clamps droits dont nous nous sommes servis. Qu'il nous soit permis ici de remercier notre ami le docteur Y. PÉRÈS, qui a largement contribué à la clarté de cet exposé par l'exécution de nombreuses planches.

LA SECONDE partie est consacrée aux observations que nous avons pu recueillir et à leur critique.

LA TROISIÈME envisage les indications de notre méthode avec ses avantages et ses inconvénients.

Que notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT veuille bien croire à l'assurance de notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a fournie dans l'élaboration de ce travail; nous n'oublierons jamais les moments passés dans son service qui nous ont fait aimer l'art des accouchements.

CHAPITRE PREMIER

I. — HISTORIQUE

C'est depuis 1902 qu'HENKEL combat avec succès les fortes hémorragies utérines post-partum par la compression bilatérale de la base du ligament large à l'aide de deux fortes pinces présentant quelques analogies avec les pinces de MUSEUX. Cet auteur a été critiqué par ses contemporains; il est regrettable de constater que les détracteurs du procédé n'ont pour la plupart pas expérimenté ce procédé et le rejettent en se basant sur des données purement théoriques.

C'est grâce à l'opiniâtreté de HENKEL qui, par ses nombreux travaux, par ses leçons et par ses démonstrations n'a cessé de prouver l'inocuité parfaite de cette compression, que ce mode efficace de traitement de l'inertie utérine commence à s'assurer la place qui lui est due.

En 1913 une intervention du Professeur ZIMMERMANN en faveur de la méthode fit à nouveau éclore les discussions.

Toutefois, de 1902 à 1924, les publications sont rares dans la littérature allemande.

Ce n'est que depuis 1924 que différents articles tendent à vulgariser la méthode: HENKEL, FLATAU, BURGHARDT, BAUMM, JOHANNSEN, LORENZEN, rapportent leurs observations et se déclarent tour à tour satisfaits du procédé.

FLATAU, en 1924, publie deux cas caractéristiques: il utilise la méthode avec succès dans les hémorragies post-partum du placenta prævia et insiste sur l'insuffisance du tamponnement utéro-vaginal dans ces cas.

JOHANNSEN, en 1925, étudie le traitement des hémorragies consécutives à la déchirure du col après l'accouchement spontané, critique le tamponnement utéro-vaginal et préconise, si la suture immédiate est impossible, le procédé de HENKEL.

HENKEL, à son tour, en 1925, présente une nouvelle pince destinée à remplacer la pince de MUSEUX pour la compression des paramètres.

Au XIX^e Congrès de GYNÉCOLOGIE et d'OBSTÉTRIQUE de langue allemande qui siégea à Vienne en 1925, l'étiologie, la pathogénie et le traitement des hémorragies post-partum ont fait l'objet d'une longue et vive discussion. Tous les moyens et procédés susceptibles d'entrer en ligne de compte pour combattre l'inertie utérine ont été passés en revue depuis le massage de l'utérus jusqu'à l'ultima ratio l'extirpation totale de l'organe; et c'est entre ces deux extrêmes que viennent se placer une foule de moyens utilisés couramment.

A cette occasion le Professeur HENKEL a préconisé à nouveau son procédé, qui, à notre avis, mérite d'attirer l'attention de tout accoucheur. Là, les adversaires de la méthode: BOCK, OPITZ, ZANGEMEISTER ont été fortement critiqués par les partisans: HENKEL, BAUMM, BURKGHARDT, LORENZEN, ZIMMERMANN, pour ne citer que les plus acharnés.

BOCK et OPITZ déclarèrent que dans deux cas personnels où ils mirent en place des pinces, l'hémorragie persista. C'est alors qu'HENKEL leur fit

remarquer qu'ils ne possédaient pas la pince adéquate. Cet échec était donc dû à l'insuffisance de l'instrumentation et non du procédé.

BURGHARDT rapporta trois cas où le tamponnement utéro-vaginal, l'injection intra-veineuse d'hypophyse étaient restés sans effet; seul le procédé de HENKEL jugula ces hémorragies dues à l'inertie utérine.

C'est en 1926 que cet auteur signale, dans un article fort documenté, l'insuffisance, souvent constatée, des ocytocyques dans certaines inerties utérines et qu'il conseille d'employer, dans ces cas, la méthode de HENKEL. Le danger de ce procédé, prétendent les adversaires, c'est la perforation de l'uretère; or, si l'application des pinces est faite convenablement, cet accident ne se produit pas. Du reste il n'a pas été publié d'observations en Allemagne, où l'on ait relaté des lésions urétérales à la suite de la mise en place de pinces selon le procédé de HENKEL.

Quant à LORENZEN, il fait, en 1926, un véritable plaidoyer en faveur de la méthode; il critique énergiquement le tamponnement utéro-vaginal et préconise le procédé de HENKEL dans toutes les hémorragies graves après l'accouchement. Il regrette que cette méthode ne soit pas universellement connue, qu'elle ne soit pas enseignée dans toutes les Facultés allemandes; et d'autre part il loue les services qu'elle lui a rendus.

En 1926, un article du Professeur MÜLLER, de Mulhouse porte à la connaissance des praticiens français ce procédé. Il publie six observations dans lesquelles, grâce à la mise en place de pinces, il obtint un arrêt instantané des hémorragies post-

partum dûes soit à l'inertie utérine, soit au placenta prævia.

En France, à la suite de MÜLLER, plusieurs auteurs se déclarent satisfaits du procédé.

En 1926, GARIPUY rapporte à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, six observations relatives à des hémorragies traitées par la mise en place de pinces à demeure ; procédé employé par GARIPUY depuis dix-huit ans.

MOURGUES de Carcassonne publie trois observations analogues.

Toutefois, ces auteurs ne semblent pas utiliser le procédé de HENKEL, à l'exclusion de tout autre ; ils lui ont associé celui de POLLOSSON, ce qui enlève une certaine valeur à leurs observations. Ils se déclarent tous deux satisfaits des résultats obtenus.

AUDEBERT, en 1927, rapporte quelques observations relatives au procédé de POLLOSSON : on obstrue le col utérin à l'aide de pinces de MUSEUX dans un but hémostatique. Nous ne discuterons pas la valeur de cette méthode qui dépasse le cadre de notre étude ; en effet aucune compression n'est exercée sur les artères utérines.

En juin 1928, notre Maître Monsieur le Professeur LAFFONT et notre ami le Docteur LARRIBÈRE, présentent à la Société d'Obstétrique et Gynécologie d'Alger douze observations de méthode de HENKEL modifiée.

En Italie, en 1926, le Professeur SPIRITO fait un éloge de la méthode à l'occasion de plusieurs observations.

En Juin 1929, Notre Maître Monsieur le Professeur LAFFONT et nous-même avons présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger un

modèle de pince destinée à être utilisée dans le procédé de HENKEL modifié.

Nous avons cherché si ce procédé était employé en dehors de l'Allemagne, de la France et de l'Italie; nous n'avons trouvé aucune référence bibliographique. D'autre part, personnellement nous avons enquêté en Amérique, en Angleterre, en Scandinavie et nous avons ainsi appris que cette méthode n'était pas utilisée dans ces pays.

II. — RAPPEL ANATOMIQUE

Il nous a paru utile de rappeler sommairement les rapports des différents organes du bassin chez la femme avant d'aborder l'exposé de notre question. Toutefois nous n'avons pu obtenir de renseignements spéciaux, sur ces rapports chez la femme à terme ou de suite après l'accouchement.

L'ARTÈRE UTÉRINE, branche de l'hypogastrique, descend dans la base du ligament large et se porte ensuite transversalement sur les parties latérales du col de l'utérus qu'elle atteint ordinairement au niveau de l'insertion vaginale de 8 à 10 millimètres au-dessous de cette insertion, surtout chez les multipares.

Là, elle se réfléchit en formant une crosse et longeant le bord de l'utérus, elle s'élève jusqu'à son bord supérieur où elle se divise en deux branches: l'une supérieure, branche anastomotique, qui se porte en dehors pour s'anastomoser à plein canal avec l'artère ovarienne; l'autre supérieure: l'artère tubaire interne qui doit être considérée comme la continuation de l'utérine.

C'est surtout la CROSSE DE L'UTÉRINE qui nous intéresse quant à ses rapports, car c'est sur ce point que devra s'exercer la compression.

Au niveau de sa courbe l'artère utérine est en rapport: en dedans avec le segment du col qui répond à l'orifice interne: elle en est distante de 12 à 15 millimètres environ. En bas, elle répond au cul-de-sac latéral du vagin dont un intervalle de 10 millimètres seulement la sépare. A ce niveau,

l'utérine et l'uretère, qui ont suivi jusque là une direction parallèle, se croisent ; l'utérine se dirigeant en haut et en dedans, l'uretère en bas et en dedans, l'artère passe au devant de l'uretère qui se rapproche graduellement du bord latéral du vagin pour passer sur sa paroi antérieure.

De plus, nous le verrons dans le chapitre suivant, le temps capital de la méthode consiste à attirer à la vulve le col de l'utérus ; or, dans ce mouvement de descente, alors que les artères utérines adhérant intimement au tissu cellulaire péri-cervical suivent le col de l'utérus et par conséquent se présentent non loin de la vulve ; les uretères, au contraire, fixés à la vessie suivent un mouvement inverse, ascensionnel.

Par conséquent, pendant que nous appliquerons notre pince comprimant l'utérine, le décallage entre l'uretère et l'artère sera encore plus marqué. Nous n'aurons donc aucun danger à courir en pinçant l'artère.

Du reste personnellement nous avons eu l'occasion de pratiquer à la Clinique Obstétricale 22 fois cette compression ; nous n'avons jamais observé d'accidents urétéraux.

Nous pouvons donc conclure qu'il n'y a NI DANGER, NI DIFFICULTÉ A COMPRIMER A L'AIDE D'UNE PINCE L'ARTÈRE UTÉRINE AU NIVEAU DE SA CROSSE A TRAVERS LE CUL-DE-SAC VAGINAL LATÉRAL.

III. — LE PROCÉDÉ DE HENKEL

L'accouchée est placée en position dorso-sacrée, les jambes tenues par des aides ou fixées à des porte-jambes.

La vessie est vidée à l'aide d'une sonde.

Il ne semble pas qu'il soit utile de faire d'anesthésie; toutefois chez des malades pusillanimes, quelques gouttes de chlorure d'éthyle suffiront; ainsi les manœuvres d'application des pinces seront facilitées.

On déprime alors la fourchette à l'aide d'une valve courbe de DOYEN.

On saisit avec deux pinces de MUSEUX la lèvre supérieure puis inférieure du col utérin et on attire autant que possible le col à la vulve.

A ce moment, on opère une traction vigoureuse vers un côté: le côté gauche, par exemple. Le paramètre droit et la partie latérale droite de l'utérus s'offrent à la vue.

Une valve vaginale latérale achève de mettre à nu ces régions.

Puis à l'aide d'une pince de MUSEUX ouverte, on embrasse en venant d'en bas et du côté droit le col de l'utérus, en ayant soin de refouler, aussi haut que possible la muqueuse vaginale.

On referme alors la pince dont les mors s'enfoncent profondément dans la musculature utérine.

On enlève les pinces de MUSEUX d'abaissement et on procède de la même façon pour l'autre côté.

HENKEL a mentionné dans ses observations qu'un

léger suintement sanguin pouvait s'établir aux points où les mors ont pris. C'est pourquoi il conseille de faire, avec de la gaze iodoformée un léger tamponnement du vagin; aussi afin d'éviter que le poids des pinces ne provoque des escarres dans les tissus vaginaux déjà altérés par l'anémie.

Après 16 à 24 heures de temps, on ouvre les pinces en ayant soin de les laisser en place une demi-heure environ; et si, après ce laps de temps, aucune hémorragie ne se manifeste, si l'état général de la malade ne s'aggrave pas, on enlève définitivement les pinces.

En 1902 HENKEL se servait, pour faire la compression, de pinces de MUSEUX à 4 griffes. En 1925, cet auteur a décrit une nouvelle pince dont nous reproduisons l'image, qui correspond à peu près à la longue pince érigne double de Pozzi ou à la pince tire balle américaine (fig. I). Toutefois il a placé un verrou spécial à l'articulation pour faciliter l'enlèvement de la pince par séparation des branches.

Pour notre part, nous nous sommes servis de la pince de MUSEUX à 4 griffes lorsque nous eûmes à appliquer le procédé de HENKEL, n'ayant pas à notre disposition la pince spéciale de cet auteur (Observations I, II, III, IV, V et VI).

Toutefois, FLATAU et MULLER, après avoir essayé les pinces de HENKEL, donnent la préférence à la forte pince classique de MUSEUX à 4 griffes.

IL CONVIENT MAINTENANT D'ÉTUDIER COMMENT, DANS CE PROCÉDÉ, ON OBTIENT L'ARRÊT DE L'HÉMORRAGIE. Ce résultat est acquis par l'association de DEUX MÉCANISMES différents,

Les pinces, une fois appliquées, maintiennent la COUDURE DES ARTÈRES UTÉRINES en empêchant le retrait du col. En effet, le col doit rester à l'entrée de la vulve et ce point est le signe de la bonne mise en place des pinces.

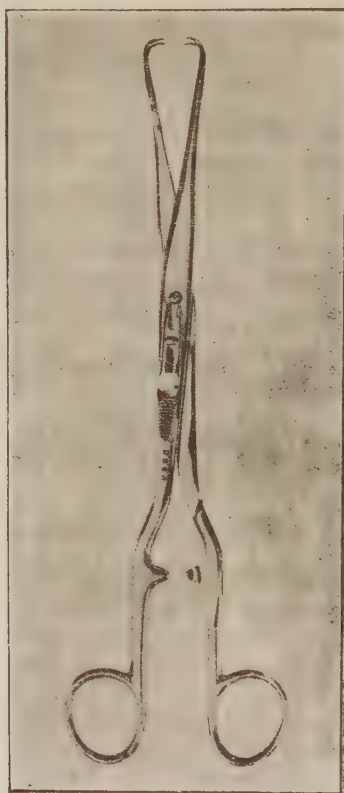


FIGURE I

Nous constatons alors que l'action des pinces est analogue à celle obtenue par le procédé

d'ARENDT qui consiste à abaisser fortement l'utérus en erignant le col, c'est-à-dire en déterminant une coudure des artères utérines.

En outre, une COMPRESSION DES VAISSEAUX UTÉRINS est effectuée par les BRANCHES DE LA PINCE. Il s'agit dans ce cas, et ceci est de toute importance, d'une compression et non pas d'un écrasement des tissus. Le schéma que nous reproduisons, dû à l'obligeance du Professeur HENKEL facilitera la compréhension de ces explications (Fig. II).

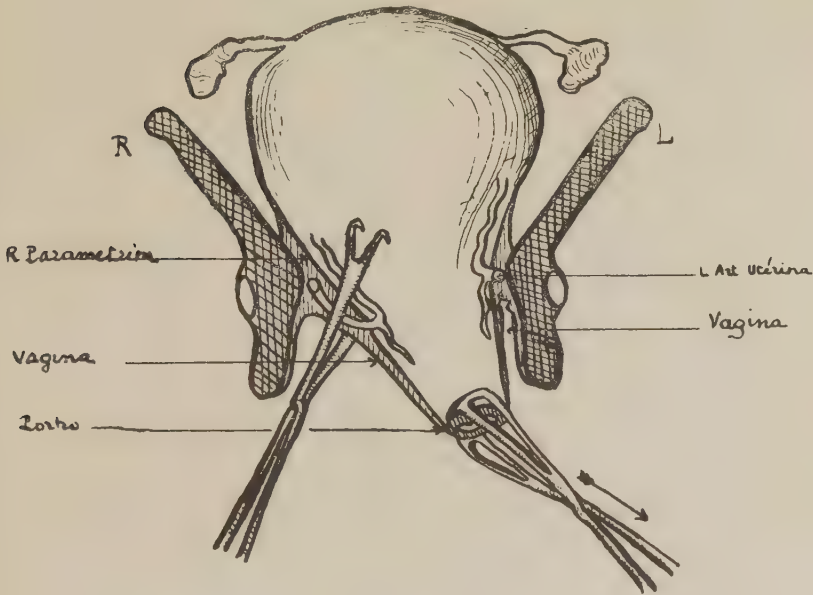


FIGURE II

Nous concluerons donc en disant que DANS LE PROCÉDÉ DE HENKEL, IL S'AGIT D'UN PROCÉDÉ D'hémostase indirecte.

IV. — LE PROCÉDÉ DE HENKEL MODIFIÉ

En 1926, ayant appliqué dans six cas le procédé de HENKEL et étant satisfaits des résultats obtenus, nous avons étudié la possibilité de perfectionner la méthode sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT.

Dans la méthode de HENKEL, la pince EXERCE INDIRECTEMENT UNE COMPRESSION SUR LES ARTÈRES UTÉRINES. En effet, ces dernières sont situées entre les branches de la pince dont les mors s'enfoncent dans la musculature utérine.

Des données anatomiques exposées plus haut, nous retiendrons les deux points suivants :

D'une part, l'UTÉRINE adhérant intimement au tissu cellulaire péricervical SUIVRA LE COL de l'utérus lorsqu'il sera abaissé à la vulve; tandis que l'uretère au contraire, fixé à la vessie réclinée vers le haut, effectuera un mouvement inverse.

D'autre part, au NIVEAU DE SA CROSSE, l'utérine est distante de 1 CENTIMÈTRE DU CUL DE SAC VAGINAL LATÉRAL et du BORD DE L'UTÉRUS.

Il semblerait donc plus rationnel d'exercer directement sur les artères utérines la compression. C'est ce que nous nous proposons de faire dans le procédé que nous allons décrire. En effet, il suffit de pincer entre les mors de la pince l'artère utérine à travers le cul de sac vaginal (Voir schéma III).

Il s'agit alors dans ce cas à l'opposé de la méthode de HENKEL d'un procédé **d'hémostase directe**.

La femme est placée en position gynécologique, le lit d'accouchement en léger TRENDELEMBOURG. Nous prenons la précaution de vider la vessie.

Les instruments que nous devons avoir à notre dispositions sont les suivants :

DEUX GRANDES VALVES VAGINALES ;

DEUX PINCES DE MUSEUX :

DEUX PINCES CLAMPS DROITS OU LÉGÈREMENT COURBÉS. (Toutefois, le praticien qui ne possède pas de pince clamp peut facilement se contenter de pince à pansement ordinaire).

Cette instrumentation, très simple, est à la portée de tout médecin qui n'oubliera pas d'avoir recours à ce procédé pour venir à bout d'une angoissante hémorragie.

Dans la majorité de nos observations, l'ANESTHÉSIE N'A PAS ÉTÉ FAITE. En effet, les malades étant suffisamment shockées par la spoliation sanguine, il eut été nuisible d'ajouter un shock anesthésique. Par ailleurs, il ne nous semble pas que cette opération soit particulièrement douloureuse.

PAS D'AIDE SPÉCIAL : l'opérateur n'a besoin que de deux mains pour tenir les valves quand elles auront été placées.

L'intervention est effectuée RAPIDEMENT EN 3 OU 4 MINUTES.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Premier temps (Figure IV).

Nous déprimons la fourchette à l'aide d'une valve vaginale ainsi que le périnée postérieur à l'aide d'une autre valve.

Le col utérin apparaît dans le fond; l'hémorragie ne nous gênera guère pour effectuer les temps suivants.

Deuxième temps (Figure V).

Commençons par comprimer l'artère utérine du côté droit. Nous plaçons une pince de MUSEUX sur le bord droit de la lèvre supérieure du col; nous en plaçons une autre sur le même bord de la lèvre inférieure. Nous attirons le col à la vulve.

Troisième temps (Figure VI).

C'est alors que nous allons CHANGER LES VALVES DE POSITION.

Le col étant à la vulve, à l'aide de la valve supérieure déprimant la fourchette, nous réclinerons le plus haut possible le vagin dans le but de refouler la vessie.

Nous déplacerons latéralement vers la droite la valve inférieure déprimant le périnée antérieur. Cette valve vaginale latérale achèvera de mettre à nu toute la partie du paramètre sur laquelle nous allons opérer.

C'est à ce moment que nous exercerons une TRACTION VIGOUREUSE VERS LE CÔTÉ GAUCHE. Le paramètre droit et la partie latérale de l'utérus s'offriront à la vue.

**Schéma de la compression
dans le procédé de Henkel modifié**

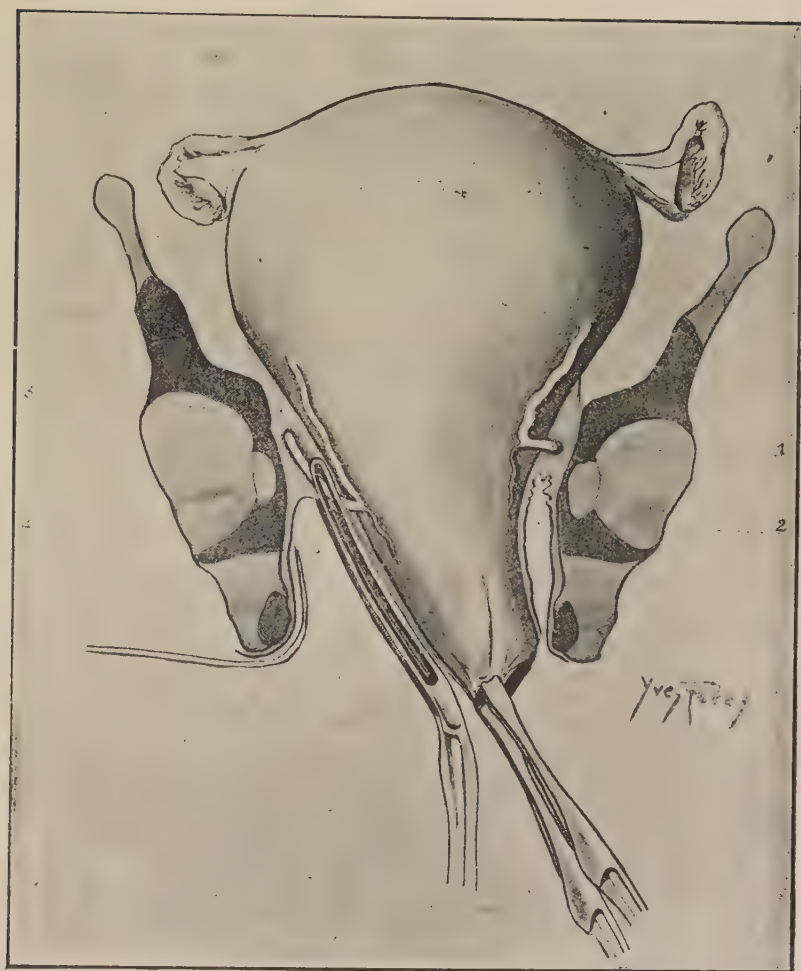


FIGURE III

1 ARTÈRE UTÉRINE. — 2. VAGIN. — 3. PARAMÈTRE. —
4. CUL-DE-SAC VAGINAL.

Procédé de Henkel modifié

1^{er} Temps

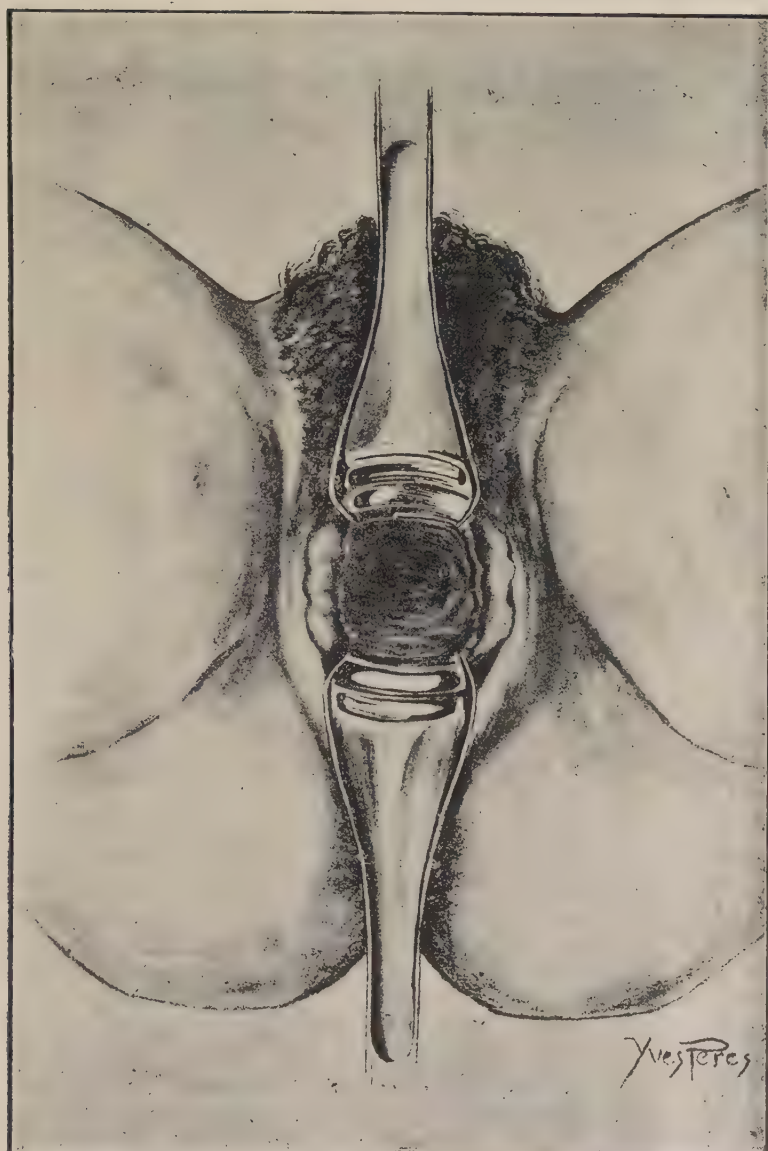


FIGURE IV

Procédé de Henkel modifié

2^e Temps

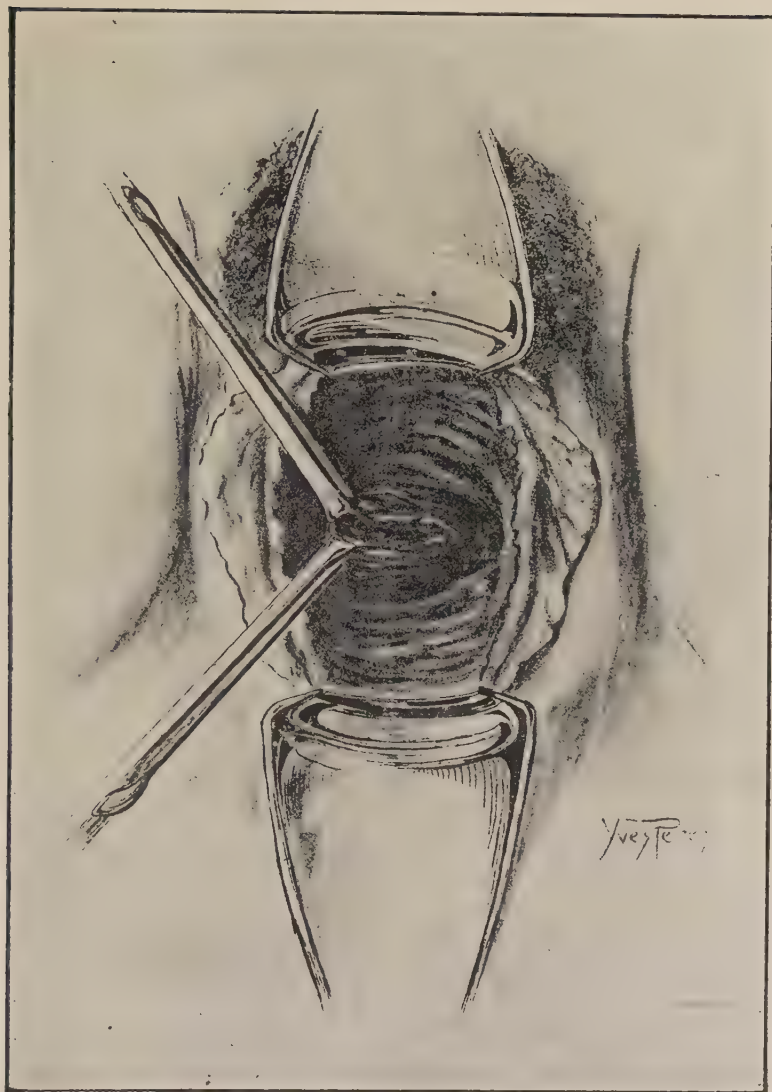


FIGURE V

Procédé de Henkel modifié

3^e Temps

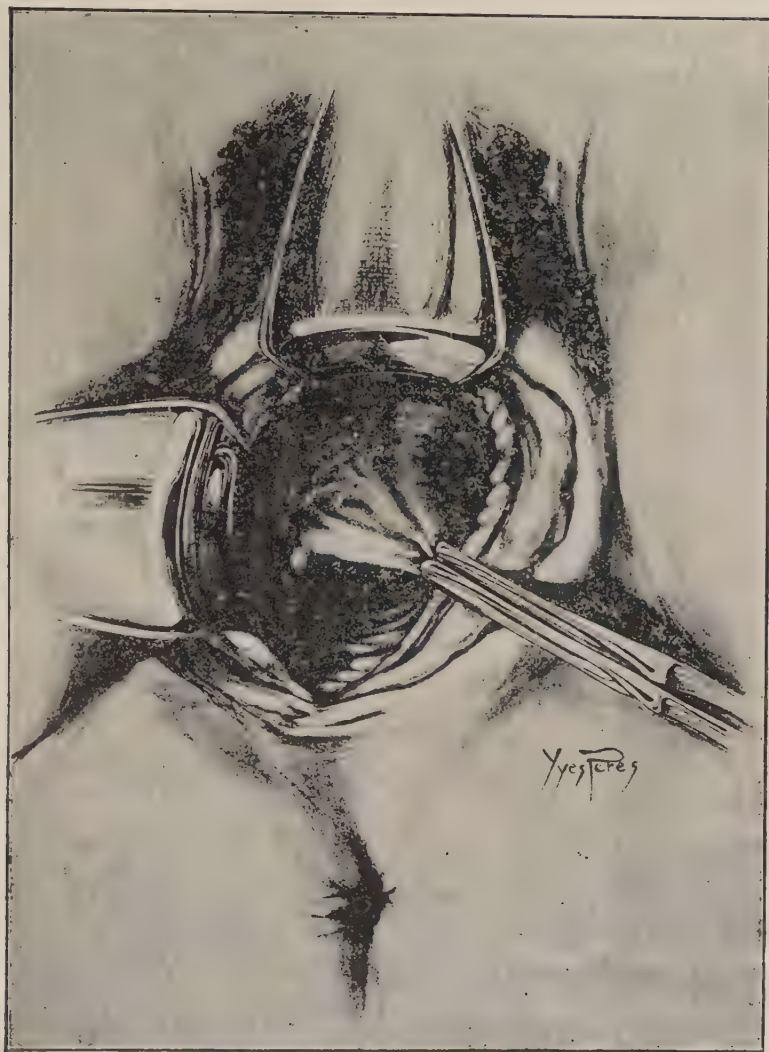


FIGURE VI

Procédé de Henkel modifié

4^e Temps

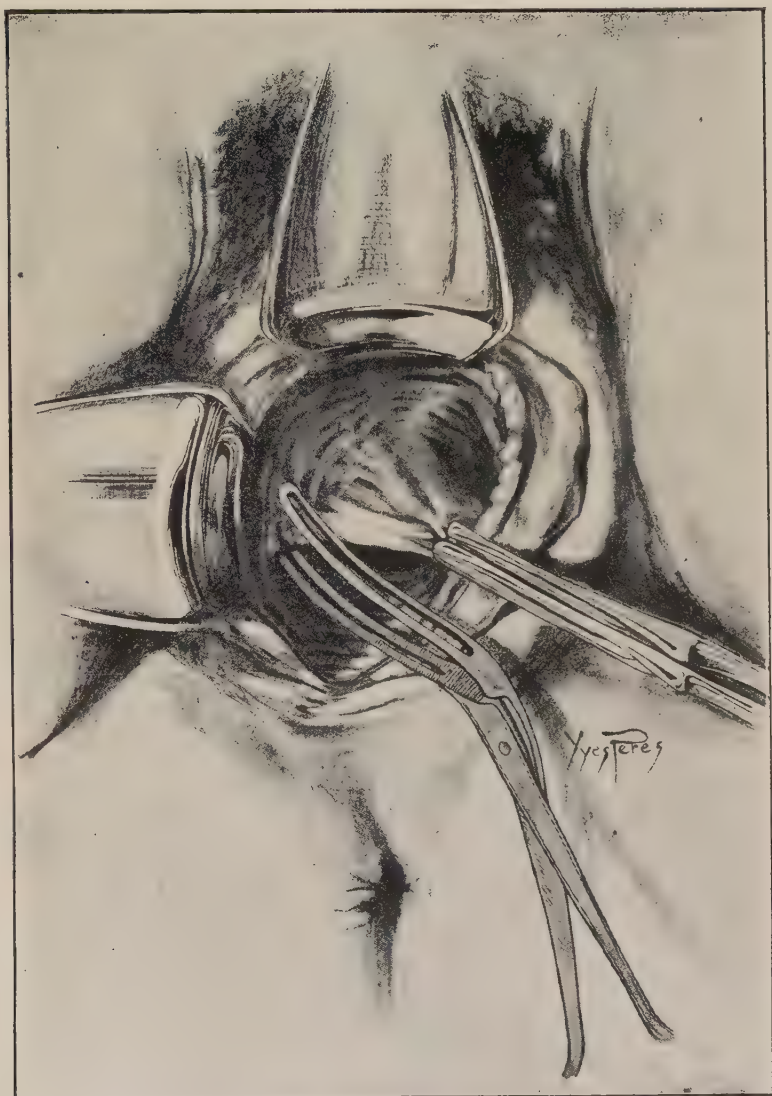


FIGURE VII

Nous recommandons de TIRER AVEC DOUCEUR sur le col lorsque l'opérateur se trouvera en présence d'une hémorragie due à un PLACENTA PROEVIA; en effet, le segment inférieur friable pourrait céder sous une forte traction.

Quatrième temps (Figure VII).

A l'aide de la pince clamp largement ouverte, nous LONGEONS LE BORD LATÉRAL DE L'UTÉRUS EN TENANT LA PINCE LE PLUS PRÈS POSSIBLE DE CET ORGANE.

D'autre part, nous introduisons les branches de la pince le plus profondément possible dans le cul de sac vaginal droit. Nous FERMONS ALORS LA PINCE; le cul de sac vaginal latéral est pris dans les mors de celle-ci sur une longueur de 2 centimètres 5 à 3 centimètres environ.

Ce temps de l'intervention est facile car après l'accouchement, les tissus sont particulièrement lâches; toutefois, il ne faut pas trop enfoncer la pince dans le cul de sac vaginal car des déchirures pourraient se produire à ce niveau.

PERSONNELLEMENT, NOUS SOMMES ARRIVÉS FACILEMENT A PLACER NOS PINCES CHEZ VINGT-DEUX MALADES QUE NOUS AVONS EU L'OCCASION DE TRAITER PAR CE PROCÉDÉ.

Nous laissons alors la pince clamp en place, et enlevons les deux pinces de MUSEUX; nous répétons la même opération du côté opposé dans le but de comprimer l'artère utérine gauche.

Les deux pinces clamps mises en place, nous protégeons le vagin par quelques petites compresses de gaze sans toutefois être obligé de faire un tamponnement vaginal comme le conseille HENKEL.

L'HÉMORRAGIE S'ARRÊTE INSTANTANÉMENT. Du moins c'est ce que nous avons constaté chez toutes nos malades. D'autre part, il ne nous a JAMAIS été utile de DÉPLACER LES PINCES, ni d'avoir recours à un AUTRE MODE DE TRAITEMENT.

Surveillance de l'accouchée.

Après la mise en place des pinces, l'accouchée est surveillée DURANT UNE DEMI-HEURE ENVIRON; si son état général ne s'altère pas, si aucun suintement sanguin n'apparaît à la vulve, nous la transporterons dans son lit.

DUREE DE LA COMPRESSION

Enlèvement des pinces.

Les pinces doivent être laissées en place UN MINIMUM DE 3 HEURES ENVIRON. Dans un cas, nous les enlevâmes après 2 heures et l'hémorragie réapparut aussitôt (Observation XXIV); une nouvelle prise nous permit de la juguler.

Lorsque l'accouchée a subi une spoliation sanguine importante, surtout lorsqu'elle est dûe à une déchirure du col ou à un placenta prævia, il y a intérêt à laisser les pinces à demeure plus longtemps SANS TOUTEFOIS DÉPASSER 7 A 8 HEURES.

Après avoir enlevé les clamps, l'accouchée doit être l'objet d'une surveillance attentive durant une demi-heure environ.

Résultats:

Dans tous nos cas (38 obs.) c'est ce procédé qui nous a donné entière satisfaction, toujours l'hé-

morragie a été jugulée immédiatement et définitivement. Nous n'avons jamais observé d'accidents pouvant être imputés à la méthode.

Nous avons eu l'impression, chaque fois qu'une autre thérapeutique n'aurait pu nous donner de tels résultats, il ne nous restait en effet à choisir qu'entre le TAMPONNEMENT UTÉRO-VAGINAL dont nous connaissons les dangers et l'insuffisance et l'HYSTÉRECTOMIE, opération mutilatrice.

LA PINCE

En 1902, HENKEL employait la pince de MUSEUX; depuis 1925, il se sert d'une pince presque analogue du moins quant à ses mors qui sont terminés par des griffes destinées à s'enfoncer dans la musculature utérine (voir Figure I). Toutefois, ces griffes terminant la pince effrayent certains praticiens, c'est pourquoi ils emploient les clamps.

A la Clinique Obstétricale, nous nous sommes servis de PINCES CLAMPS DROITS et COURBES UTILISÉS EN CHIRURGIE. Grand clamp rayé obliquement que nous avons placé au ras du col attiré le plus près possible en bas et en dehors à l'aide de pinces de MUSEUX.

SUR LES CONSEILS de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, nous avons étudié un MODÈLE DE PINCE DESTINÉE à remplacer les clamps droits. Cet instrument est actuellement à l'étude dans le service de notre Maître et il est probable que des modifications nouvelles y seront ultérieurement apportées.

CET INSTRUMENT DOIT ÊTRE ROBUSTE ET SOLIDE

(voir figure VII), aussi conserverons-nous l'armature des grands clamps droits utilisés en chirurgie et transformerons-nous seulement l'extrémité supérieure.

A seule fin de pouvoir LONGER le BORD LATÉRAL DE L'UTÉRUS, nous avons donné aux branches de cet instrument, une LÉGÈRE COURBURE d'environ 24 (rayon de courbure : 16 cms) correspondant à peu près à celle du bord latéral de l'utérus lorsque celui-ci est attiré à la vulve.

De la sorte, les mors de la pince, en se tenant CONTINUUELLEMENT A ÉGALE DISTANCE DE L'UTÉRUS comprimeront plus sûrement l'utérine même au cas d'anomalie et ils ne risqueront pas de s'enfoncer dans la musculature utérine.

D'autre part, étant donné que nous exerçons une compression directe sur l'artère, il est utile que la CONTRITION DES TISSUS environnants ne soit PAS TROP MARQUÉE. Nous avons à cet effet FENÊTRÉ les deux branches de l'instrument. Celles-ci sont intérieurement rayées obliquement.

A l'extrémité de la branche, nous n'avons à dessein pas placé de griffes.

Nous donnons ci-dessous les mensurations de l'instrument:

Longueur de la branche : 12 centimètres ;

Largeur de la branche: 1 centimètre 2 ;

Largeur de la fenêtre : 0 centimètre 6.

(Voir schéma VIII).



FIGURE VIII.

Notre procédé entraîne-t-il facilement des lésions involontaires d'organes ?

Nous pouvons en toute franchise répondre que non; en effet, dans 38 cas où la méthode a été employée à la Clinique obstétricale, aucun accident viscéral n'a été observé. Toutefois, étant donné que ce procédé est AVEUGLE, nous pouvons passer en revue tous les organes susceptibles d'être blessés par la pince.

La Vessie.

Nous conseillons de sonder la malade avant d'appliquer les pinces. En attirant vigoureusement le col en bas et latéralement, on oppose aux mors de la pince les parties latérales de l'utérus. Etant donné la laxité du tissu cellulaire utéro-vesico-vaginal qui est très grande pendant la grossesse, la vessie est refoulée en haut par suite de la traction sur le museau de tanche.

Dans le procédé de HENKEL, on peut comprendre qu'une griffe de la pince de MUSEUX lèse la vessie; mais il nous semble bien difficile de blesser cet organe si nous longeons le bord latéral de l'utérus (procédé modifié).

Dans la littérature, une seule observation signalant des accidents vésicaux a été publiée; c'est celle de GARIPUY. Cet auteur, chez une femme atteinte d'hémorragie par déchirure du col a placé au niveau des deux ligaments larges une pince de Museux. D'autre part, sur le col utérin, il en plaça une autre (Procédé de POLLOSSON). Dans les suites de couches, il a observé une fistule vesico-vaginale. GARIPUY conclut que la fistule est due à la pince

médiane qui sert à obstruer le col dans le procédé de POLLOSSON et non pas à la pince de Museux placée sur les ligaments larges.

Les Uretères.

Les uretères, en descendant vers le bas-fond de la vessie entrent en contact avec le cul de sac vaginal antérieur et suivent le mouvement imprimé à cet organe au moment où on attire le col vers le bas. Une lésion des uretères, suite de compression des branches, par une griffe de la pince dans le procédé de HENKEL, ou dans le procédé modifié, n'a pas encore été relatée jusqu'ici dans la littérature.

Pour BURGKHARDT, en admettant qu'une lésion fortuite de l'uretère par une griffe de la pince soit faite, la fistule urétéro-vaginale qui en résulterait se refermerait sûrement d'elle-même.

Les Intestins.

Nous conseillons de relever le siège ou de placer le lit en léger TRENDELEMBOURG. D'autre part, en abaissant l'utérus, les intestins se trouvant dans la cavité de Douglas, sont délogés par l'organe volumineux.

Le Cul de sac vaginal latéral.

On pourrait penser que la compression prolongée au niveau du vagin amène une mortification des tissus pris entre les mors de la pince. Pour notre part, nous n'avons jamais observé d'escarres vaginales chez nos 22 accouchées traitées par ce procédé et dans les observations publiées, nous n'avons jamais relevé d'accidents semblables.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les observations inédites ont été, pour la plupart, recueillies par nous-même dans le service de Notre Maître Monsieur le Professeur LAFFONT, alors que nous étions Interne à la Maternité (1926-1928-1929).

A. — METHODE DE HENKEL

OBSERVATION I (Inédite)

Grossesse gémellaire: inertie utérine après expulsion spontanée du premier fœtus. — Version podalique par manœuvres internes sur le 2^e fœtus. — Hémorragie de la délivrance: délivrance artificielle. — Inertie totale: pinces de Museux sur les 2 ligaments larges. — Guérison.

Le 10 Novembre 1926, entrainé à la Maternité une parturiente en travail depuis 13 h. 30, qui lors de ses deux grossesses antérieures avait présenté des hémorragies graves de la délivrance ayant nécessité la délivrance artificielle. Expulsion spontanée en O.P. à 16 h. 45 d'un enfant vivant, du sexe féminin pesant 2 kg. 950. Le 2^e fœtus est en présentation du sommet non engagée; on rompt la poche des eaux. La femme n'accuse pas de douleurs et à 20 h. la présentation n'est pas engagée, d'autre part, le col a tendance à revenir sur lui-même.

Version podalique par manœuvres internes: extraction d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 2 kg. 250. Hémorragie de la délivrance; délivrance artificielle: il s'agissait d'une grossesse univitelline bi-amniotique,

Hémorragie grave (1800 cc³) par inertie utérine: traitement habituel: ergotine: 4 gr.; hypophyse: 1 cc., révision de la cavité utérine. L'hémorragie se prolonge, aussi devant l'état grave de la malade: pouls imperceptible, faciès décoloré, frissons, sueurs froides, etc..., on place, à la manière d'HENKEL, une pince de Museux à la base de chaque ligament large.

L'hémorragie cesse aussitôt; les pinces sont enlevées au bout de 18 heures.

Suites de couches: Légèrement fébriles: 38°4, mais à partir du 6^e jour tout rentre dans l'ordre et la malade sort le 17^e jour en bon état.

OBSERVATION II (Inédite)

Rupture du segment inférieur à la suite d'une grande, extraction du siège chez une 12^e pare. — Pinces de Museux sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 31 octobre 1926 entrain à la Maternité une 12^e pare en douleurs depuis la veille. Présentation du siège non engagée, poche des eaux rompue, dilatation de 2 frs., pas de bruits du cœur fœtal.

La malade n'ayant pas de douleurs, on place un ballon de Champetier de Ribes qui est expulsé le lendemain; à ce moment la dilatation est complète, mais l'anneau de Bandl est rétracté, l'on pratique l'abaissement prophylactique du pied antérieur. 5 heures après cette manœuvre, le siège a progressé: l'on pratique l'extraction; manœuvres de Pajot, Champetier de Ribes, Mauriceau. Extraction d'un enfant mort du poids de 3 kgs 850. Délivrance artificielle; la main in utéro constate une déchirure du segment inférieur se propageant vers le ligament large droit, sous péritonéale. D'autre part, un suintement sanguin continu apparaît à la vulve. On place au niveau des deux ligaments larges, selon la technique indiquée par HENKEL une pince de Museux.

Tamponnement vaginal.

L'hémorragie s'arrête instantanément.

Les pinces sont enlevées au bout de 16 heures.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade sort au 13^e jour en excellent état.

OBSERVATION III (Inédite)

Version podalique par manœuvres internes pour procidence du cordon. — Déchirure du col se propageant dans le ligament large gauche. — Pincés de Museux sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 13 Novembre 1926, entre à la Maternité une 6^e pare en douleurs depuis la veille.

A l'examen: procidence du cordon pelotonné dans le vagin, dilatation complète, présentation céphalique mobile. L'on pratique une version podalique par manœuvres internes, l'on n'éprouve de la difficulté que pour l'extraction de la tête « le col de l'utérus la moulant ». L'enfant est vivant et pèse 3 kg. Hémorragie de suite après l'extraction fœtale: délivrance artificielle. L'hémorragie persiste, une révision permet de constater l'existence d'une déchirure du col se propageant en arrière et à gauche du ligament large. On pose un drain dans la brèche utérine et dans un but hémostatique une pince de Museux à la base de chaque ligament large selon la technique préconisée par HENKEL.

Suites de couches: complètement apyrétiques.

La malade sort en excellent état le 15^e jour.

OBSERVATION IV (Inédite)

Accouchement spontané après un travail rapide. — Hémorragie grave par inertie utérine après la délivrance. — Pincés de Museux selon le procédé de Henkel. — Guérison.

Le 6 décembre 1926, entre à la Maternité une 1^e pare qui accouche spontanément après un travail de 4 h. d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kg. 575. Délivrance normale.

Hémorragie grave qui nécessite une révision de la cavité utérine: on ramène des caillots et on constate que le muscle utérin est mou et ne se contracte pas. L'hémorragie persiste. L'état général s'aggrave.

L'on place 2 pinces de Museux selon le procédé de HENKEL. Arrêt de l'hémorragie.

Suites de couches: apyrétiques.

Quitte l'Hôpital le 8^e jour en bon état.

OBSERVATION V (Inédite)

Présentation de l'épaule avec procidence du cordon. — Embryotomie par décollation, basiotripsie sur la tête dernière. — Délivrance artificielle. — Hémorragie par inertie. — Pinces de Museux selon le procédé de Henkel. — Guérison.

Le 12 Décembre 1926, entrainé à la Maternité une 11^e pare en douleurs depuis la veille ayant rompu ses membranes à 10 heures.

A l'examen: présentation de l'épaule avec procidence d'un membre et du cordon qui ne bat pas. Dilatation comme une grande paume de mains avec rétraction de l'anneau de Bandl. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Embryotomie par décollation à l'aide de l'embryotome de TARNIER: on extrait facilement le tronc, mais la tête reste *in utero* maintenue par une rétraction de l'anneau de Bandl; basiotripsie qui permet d'extraire la tête.

Délivrance artificielle. Injection intra utérine au Tarnier. Hémorragie persistante malgré les injections répétées d'ergotine (4 grs.) et le massage abdominal de l'utérus.

On place au niveau des 2 ligaments larges, une pince de Museux selon la technique préconisée par HENKEL. L'hémorragie est ainsi maîtrisée.

Suites de couches: Apyrétiques.

La malade sort de l'hôpital le 20^e jour en excellent état.

OBSERVATION VI

(LAFFONT et LARRIBÈRE)

in Bull. Soc. Obst. Gyn., Alger 1928

*Placenta prævia central. — Version de Braxton Hicks.
— Rupture utérine. — Pincés de Museux selon la méthode de Henkel. — Décès du fœtus et de la mère.*

Le 23 Février 1927, entre à la salle de travail une parturiente en état d'anémie aigüe. Elle ne peut fournir aucun renseignement; mais la sage-femme qui l'accompagne donne les indications suivantes: il s'agit d'une III^e pare qui, au terme de sa grossesse a présenté ce jour une hémorragie très abondante de sang rouge qui ne s'est pas tarie depuis; l'hospitalisation immédiate a été ordonnée.

La malade est exsangue, le pouls est imperceptible à la radiale. Au toucher: vagin rempli de caillots, col dilaté comme 5 frs. et dans cet orifice, on ne perçoit que des cotylédons. On arrive difficilement à atteindre les membranes épaisses et résistantes que l'on déchire. C'est une présentation du sommet très élevée.

L'hémorragie s'arrête et les contractions sont espacées. Un suintement sanguin de moyenne intensité s'installe alors et l'on décide de pratiquer une transfusion de 400 cc³.

A 19 h. 30, le col étant dilaté comme une petite paume de mains, on pratique une version de Braxton Hicks.

A 21 heures: expulsion rapide du tronc, l'on pratique le Mauriceau et l'on procède à la délivrance artificielle: la perte sanguine à ce moment a été infime. On constate alors l'existence d'une déchirure latérale gauche s'étendant jusqu'au cul de sac. On place à la manière de HENKEL une pince au niveau de chaque ligament large le long de l'utérus et on fait un tamponnement utéro vaginal serré: plus d'hémorragie, mais l'état de la malade s'aggrave rapidement: pouls imperceptible, lèvres bleutées, pupilles ne réagissant plus. Malgré les injections intra-veineuses de sérum et l'administration de toni cardiaques habituels, la malade meurt rapidement.

B. — METHODE DE HENKEL MODIFIEE

OBSERVATION VII

(LAFFONT et LARRIBÈRE)

Placenta prævia expulsé spontanément avant le fœtus qui se présentait par le sommet. — Déchirure du segment inférieur. — Méthode de Henkel modifiée. — Guérison.

Le 2 Mars 1927 entre à la Maternité une femme indigène en travail, en état d'anémie aigüe. C'est une II^e pare de 20 ans qui, au terme de sa grossesse a présenté une hémorragie très abondante qui a persisté 29 h. avant tout début de travail. Une sage-femme consultée n'a pratiqué aucune manœuvre et a ordonné l'hospitalisation.

À la vulve, on constate la présence d'un placenta decouronné complet, retenu par un lambeau membraneux. Au toucher, présentation céphalique engagée en O I D P. On extrait le placenta par simple traction et le fœtus par une application de forceps.

De suite après, une hémorragie abondante se produit et une révision de la cavité utérine en montre sa vacuité, mais révèle une déchirure du col à gauche se propageant vers le segment inférieur.

On place 2 clamps le long de l'utérus à la base de chaque ligament large. L'hémorragie cesse aussitôt.

On remonte l'état général de la malade par les moyens appropriés: sérum artificiel, huile camphrée, etc...

Les pinces sont retirées après 4 h., l'hémorragie ne se reproduit pas.

Guérison.

La malade sort le 11^e jour en excellent état.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Présentation de l'épaule négligée et procidence du cordon. — Décollation. — Déchirure du segment inférieur. — Procédé de Henkel modifié. — Guérison.

Le 3 Mars 1927 entrait à la Maternité une 7^e pare qui a rompu ses membranes la veille avant tout début de travail. A son entrée, la femme est fatiguée, a un pouls rapide (120) et à la vulve apparaissent une anse de cordon de 20 cms environ ainsi qu'un membre supérieur droit. Il s'agit d'une présentation de l'épaule droite en variété brachiale dorso antérieure.

Embryotomie à la guillotine de Tarnier. — Délivrance normale. Hémorragie abondante persistante; on constate l'existence d'une large déchirure du segment inférieur à droite se propageant vers le cul de sac vaginal.

On place une pince clamp sur les deux ligaments larges et l'hémorragie est arrêtée aussitôt.

On desserre la pince 3 heures après et on l'enlève ensuite car l'hémorragie ne se reproduit pas.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade sort guérie au 12^e jour.

OBSERVATION IX

(LAFFONT et LARRIBÈRE)

Césarienne corporéale pour hémorragie grave par placenta prævia centro-partiel chez une primipare au début du travail. — Hémorragie après l'intervention. — Pincés à la Henkel. — Guérison.

Le 23 Mars 1927, entre à la Maternité une 1^{re} pare de 25 ans qui avait présenté des hémorragies multiples et graves à la fin de sa grossesse. Or, ce jour l'hémorragie est grave et persiste depuis la veille malgré la rupture prématurée des membranes: le total de sang perdu peut être évalué à 1.500 grs. environ. Dilatation de 2 frs., sommet mobile. Sous anesthésie générale, on pratique une

césarienne corporéale qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 3 kg. 600.

Le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur et empiète sur l'orifice cervical dilaté comme 2 frs. On tamponne le segment inférieur à l'aide d'une compresse dont l'extrémité est dans le vagin.

Malgré l'injection de 4 gr. d'ergotine et l'existence d'un bon globe de sureté, l'hémorragie continue: la parturiente déjà shockée se décolore à vue d'œil, le pouls devient petit, irrégulier. On pratique une injection intraveineuse de 500 cc de sérum physiologique adrénaliné.

On retire le tamponnement utérin par voie vaginale et l'on place le long de l'utérus une pince clamp droit dans chaque cul de sac. L'hémorragie s'arrête aussitôt.

Transfusion sanguine: 300 cc. Les pinces sont enlevées à la 6^e heure.

Suites excellentes. La malade sort guérie le 25^e jour.

OBSERVATION X (Inédite)

Accouchement spontané. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Méthode de Henkel modifiée. — Guérison.

Le 7 Avril 1927, monte à la salle de travail une 4^e pare qui accouche spontanément en O.S. après un travail de 6 h. 30. Hémorragie de la délivrance assez abondante évaluée à 1.200 grs.; délivrance artificielle.

L'hémorragie persiste, le pouls s'accélère et des signes d'anémie aigüe apparaissent. Il est impossible d'effectuer un tamponnement intra-utérin en raison de la rétraction très marquée de l'anneau de Bandl.

On place au niveau de chaque ligament large une pince clamp droit à la manière d'HENKEL.

Les pinces sont laissées 3 heures à demeure puis desserrées progressivement et enlevées. L'hémorragie tarie, ne s'est pas reproduite.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade quitte l'hôpital le 16^e jour en excellent état.

OBSERVATION XI (Inédite)

Présentation de l'épaule négligée avec procidence d'un bras et du cordon. — Embryotomie rachidienne. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle. — Pincés sur les ligaments larges placées prophylactiquement. — Guérison.

Le 29 Août 1927 entrain à la Maternité une III^e pare, spécifique qui avait présenté de l'hydramnios durant sa grossesse. A son entrée: présentation de l'épaule en A.I.G. avec procidence du bras gauche et du cordon qui ne bat plus. Pas de bruits du cœur fœtal.

La version est impossible étant donnée la rétraction utérine. On pratique une embryotomie par décollation: le corps est facilement extrait; mais la tête est retenue *in utero*; l'anneau de Bandl étant contracturé. On pratique une basiotripsie sur la tête.

Délivrance artificielle, la cavité utérine est intacte, toutefois on constate une légère déchirure du col ne se propageant pas vers le segment inférieur.

Etant donné le mauvais état général de la malade, par mesure de précaution on pose 2 pincés clamps sur les ligaments larges selon le procédé de HENKEL.

L'hémorragie cesse presque aussitôt.

Les pincés sont retirées après 10 heures.

Suites de couches: légèrement fébriles: la température tombe à la normale le 6^e jour et la malade sort guérie le 16^e jour après l'accouchement.

OBSERVATION XII

(LAFFONT et LARRIBÈRE)

Césarienne supra-symphysaire pour présentation transversale. — Hémorragie grave 2 heures après l'intervention. — Pincés sur les ligaments larges.

Le 26 Octobre 1927 entrain à la Maternité une I^{re} pare de 25 ans ayant rompu ses membranes depuis 30 h. Il s'agit d'une présentation transversale chez une femme

présentant un utérus cordiforme. Or, l'utérus étant rétracté, le col non dilaté, l'enfant vivant et toute tentative d'extraction par voie basse étant contre indiquée, après avoir administré 2 cc. de morphine, on décide de terminer l'accouchement par une césarienne basse qui est pratiquée sans difficulté après anesthésie générale à l'éther et qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 3 kg. 250.

Après l'intervention, malgré les injections répétées d'ergotine et d'hypophyse, un écoulement sanguin continu s'installe.

2 heures après, le pouls bat à 130, la malade est très agitée, les muqueuses décolorées et l'hémorragie persiste.

L'on place 2 pinces sur les ligaments larges et l'hémorragie se tarit instantanément.

Les pinces sont laissées à demeure durant 7 heures.

Suites de couches: excellentes.

La malade quitte l'hôpital le 26^e jour en bon état.

OBSERVATION XIII (Inédite)

Présentation de l'épaule négligée. — Embryotomie rachidienne. — Rupture utérine sous péritonéale. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 19 Avril 1928, entrainé à la Maternité une III^e pare en douleurs depuis 48 h. ayant rompu ses membranes au début du travail.

A son entrée, présentation de l'épaule sans procidences; dilatation complète. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Embryotomie par décollation à l'aide de la guillotine de Tarnier, le corps est facilement extrait, mais, en raison d'une rétraction marquée de l'anneau de Bandl, on est obligé de pratiquer une basiotripsie sur la tête restée *in utero*. Hémorragie abondante qui persiste malgré une délivrance artificielle.

La révision utérine montre l'existence d'une rupture sous-péritonéale du segment inférieur à gauche.

On place le long de l'utérus sur chaque ligament large un clamp droit.

L'hémorragie s'arrête instantanément.

Les pinces sont enlevées à la 9^e heure.

Suites de couches: fébriles: 39°5. La température tombe rapidement le 7^e jour et la malade sort guérie le 21^e jour après l'intervention.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Accouchement spontané d'un enfant mort. — Hémorragie grave après la délivrance. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 18 Mai 1928, entre à la Maternité une 1^{re} pare qui au terme de sa grossesse fit une chute violente, depuis cette date elle ne perçoit plus de mouvements actifs. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Après un travail long de 31 h. elle accouche spontanément en O.P. d'un enfant mort pesant 3 kg. 500. Délivrance normale.

Une heure après la délivrance, une hémorragie abondante se produit; une révision de la cavité utérine permet de retirer quelques débris membraneux; malgré les injections d'hypophyse et d'ergotine, l'hémorragie persiste et devient plus abondante. D'autre part, le pouls s'accélère (130), la malade se plaint de vertiges, nausées, se décolore: on place sur chaque ligament large un clamp droit. L'hémorragie cesse alors. La quantité de sang perdu est de 1.800 gr.

Les pinces sont desserrées 2 heures après.

Suites de couches: sub-fébriles (38°2), sort guérie le 16^e jour.

OBSERVATION XV (Inédite)

Accouchement en O.P. chez une primipare après un travail long. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 14 Août 1928, entre à la Maternité une 1^{re} pare de 17 ans présentant des signes d'éclampsisme, qui a rompu prématurément ses membranes. Elle accouche après 45 h. de travail d'un enfant pesant 3 kg. 950.

Hémorragie de la délivrance avec inertie utérine; délivrance artificielle. L'hémorragie persiste malgré un massage de l'utérus, aussi on place une pince clamp sur chaque ligament large suivant le procédé modifié de HENKEL.

Deux heures après, les pinces sont retirées et l'hémorragie ne se reproduit pas.

Suites de couches: Apyrétiques.

Quitte le service le 11^e jour en excellent état.

OBSERVATION XVI (Inédite)

Forceps en O. I. D. P. — Hémorragie après la délivrance. — Prævia anatomique. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 11 Octobre 1928 entre à la Maternité une 1^{re} pare. Après un travail de 26 h. et à dilatation complète, la tête est fixée au D.S. en O I D P, d'autre part la tête ne progresse pas depuis 3 heures.

Prise de forceps, extraction en O. P. d'un enfant pesant 3 kg. 450, après épisiotomie bi-latérale.

Délivrance normale.

Sitôt après l'expulsion de l'arrière faix, la femme saigne abondamment; on injecte 1 cc d'hypophyse, 2 cc d'ergotine et malgré cette thérapeutique l'hémorragie persiste; c'est alors que l'on place 2 clamps à la manière de HENKEL le long de l'utérus.

Les pinces sont enlevées après 5 heures et l'hémorragie ne se reproduit pas.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade sort en excellent état le 20^e jour.

OBSERVATION XVII (Inédite)

Forceps dans l'excavation chez une primipare âgée. — Hémorragie après la délivrance par inertie. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison après une septicémie à colibacilles.

Le 23 Octobre 1928 entre à la Maternité une 1^{re} pare de 35 ans, le travail ne progressant pas, on extrait au forceps un gros enfant de 4 kg. 600. Délivrance normale. Une hémorragie abondante s'ensuit par inertie utérine qui persiste après révision utérine et massage du muscle ; aussi place-t-on sur chaque ligament large, un clamp droit et l'hémorragie s'arrête immédiatement.

Les pincés sont desserrées 3 heures après et l'hémorragie ne se reproduit pas.

Suites de couches: septicémie à colibacilles qui a évolué vers la guérison.

La malade sort en excellent état le 43^e jour.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

Accouchement spontané chez une primipare ayant un placenta prævia. — Hémorragie après la délivrance. — Déchirure du col. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 5 Décembre 1928 monte à la salle de travail une 1^{re} pare qui accouche spontanément à 20 h. d'un gros enfant de 3 kg. 610. Le placenta est expulsé spontanément et quelques lambeaux de membranes restent adhérents: il s'agit d'un placenta prævia.

Une hémorragie abondante (950 grs.) et continue s'installe bien que le globe de sûreté soit bon. L'on pratique une révision qui permet de constater que le col utérin est déchiré au niveau du cul de sac gauche. On place alors au niveau des culs de sacs droit et gauche, le long de l'utérus, un clamp droit. L'hémorragie s'arrête, mais l'état de la malade reste grave: pouls 150, muqueuses décolorées, la perte sanguine peut être évaluée à 1.550 grs. On remonte l'état général par les moyens habituels et les pincés sont retirées après 7 heures.

Suites de couches: légèrement fébriles, toutefois la malade sort en excellente santé le 20^e jour.

OBSERVATION XIX (Inédite)

Forceps au détroit supérieur pour souffrance fœtale. — Hémorragie grave après la délivrance. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 30 Décembre 1928 entrain à la salle de travail une 1^{re} pare; après un travail de 20 h., la dilatation étant complète, la tête restant fixée au D. S., les bruits du cœur fœtal se modifiant, on intervient par une application de forceps qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 3 kg. 850.

La délivrance se fait normalement et l'hémorragie continue assez abondante par inertie utérine. On expulse des caillots de la cavité utérine et on administre 2 grs. d'ergotine et 1/2 cc d'hypophyse Choay.

Malgré cette thérapeutique et les massages du globe, l'hémorragie persiste, l'état général de la malade va s'aggravant, aussi on place 2 clamps sur les ligaments larges qui, retirés 6 heures après, maîtrisent l'hémorragie.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade quitte le service le 15^e jour en bon état.

OBSERVATION XX (Inédite)

Accouchement normal. — Hémorragie après la délivrance. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison

Le 18 Décembre 1928, entrain à la Maternité une III^e pare qui accouche rapidement d'un enfant vivant pesant 1 kg. 900. Délivrance normale.

Trois heures après l'accouchement: hémorragie légère (300 gr.) on expulse quelques caillots de l'utérus et on administre 2 gr. d'ergotine.

Une nouvelle hémorragie plus abondante se produit ensuite (750 gr.) l'état de la malade s'aggrave rapidement, aussi place-t-on au niveau des ligaments larges deux clamps courbes qui sont retirés au bout de 2 heures et qui maîtrisent l'hémorragie.

Suites de couches: légèrement fébriles.

La malade sort le 24^e jour en excellente santé.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Présentation de l'épaule négligée avec procidence du cordon. — Embryotomie puis basiotripsie. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 3 Janvier 1929 entre à la Maternité une III^e pare indigène en douleurs depuis 48 heures. A l'examen l'utérus est contracté, la dilatation est complète, c'est une présentation de l'épaule avec procidence du cordon qui ne bat pas. On injecte 2 cc. de morphine et l'on intervient en pratiquant une embryotomie par décollation; l'anneau de Bandl étant contracturé, on pratique une basiotripsie sur la tête retenue *in utéro*.

Hémorragie de la délivrance: délivrance artificielle.

L'hémorragie persiste malgré les injections d'ergotine et d'hypophyse; le pouls s'accélérait, l'état général se modifiant, on place sur chaque ligament large un clamp droit. On enlève les pincés après 4 heures, l'hémorragie ayant été maîtrisée.

Suites de couches: fébriles.

La malade quitte le service le 7^e jour, malgré les conseils qui lui sont donnés.

OBSERVATION XXII (Inédite)

Grande extraction du siège décomplété mode des fesses après incisions du sol. — Hémorragie de la délivrance: Délivrance hydraulique. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 8 Janvier 1929 entré à la Maternité une 1^{re} pare en douleurs depuis 48 heures. Durant 15 h. la dilatation ne progresse plus (petite paume de main), d'autre part, les bruits du cœur fœtal se modifient, on décide d'intervenir.

Incisions des lèvres antérieure puis postérieure du col, grande extraction du siège, forceps sur tête dernière qui permet d'extraire un enfant mort pesant 3 kg. 320.

Hémorragie de la délivrance (600 gr.) délivrance hydraulique. Inertie utérine avec hémorragie abondante qui ne tarit pas malgré l'ergotine et l'hypophyse.

La malade continue de saigner et son état général s'aggrave rapidement: pouls 160; on pratique une révision de la cavité utérine qui montre son intégrité, toutefois la paroi postérieure du vagin est déchirée.

On place alors au niveau des ligaments larges 2 clamps droits.

L'hémorragie cesse de suite et les pinces sont enlevées au bout de 6 heures.

Suites de couches: entièrement apyrétiques. Sort de l'hôpital le 13^e jour.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

Placenta prævia marginal. — Accouchement normal. — Hémorragie de la délivrance; délivrance hydraulique. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 13 Février 1929, entre à la salle de travail une 1^{re} pare de 35 ans qui avait présenté antérieurement des hémorragies répétées. Après un travail de 29 h. elle accouche spontanément en O. P. d'un enfant pesant 3 kg. 880.

Hémorragie de la délivrance; délivrance hydraulique. Malgré les injections d'ergotine (2 grs.), d'hypophyse (1/2 cc.), la malade saigne abondamment (1,500 cc.) et son état général s'aggrave (pouls 160). Une révision utérine permet de constater l'intégrité de la cavité.

On place 2 clamps droits le long de l'utérus et l'hémorragie s'arrête immédiatement; les pinces sont desserrées au bout de 6 heures et enlevées ensuite.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade quitte l'hôpital le 13^e jour.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

Accouchement en ville. — Enchatonnement du placenta. — Rupture utérine. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 26 Janvier 1929, entrainé à la Maternité une IV^e pare qui ayant accouché spontanément en ville à 8 heures n'a

pas encore expulsé son placenta à 14 heures. A son entrée, la malade présente un mauvais état général : exsangue, lèvres décolorées, pouls 160, température rectale 35°6, à la vulve existe un écoulement sanguin persistant. Il existe un enchatonnement partiel du placenta dans la corne utérine droite, on dilate l'anneau et l'on peut extraire la totalité du placenta. D'autre part on constate une déchirure latérale droite du col se propageant vers le segment inférieur et le ligament large, cette rupture est sous péritonéale et saigne encore. On place sur les 2 ligaments larges un clamp droit et l'hémorragie s'arrête instantanément.

On s'occupe alors de l'état général de la malade que l'on remonte par les moyens appropriés.

A 16 heures, on enlève les clamps, mais l'hémorragie se produit presque aussitôt, de telle sorte que l'on est obligé de les placer à nouveau et de les enlever à 22 heures seulement.

Suites de couches : fébriles.

La malade quitte l'hôpital guérie le 20^e jour.

OBSERVATION XXV (Inédite)

Forceps dans l'excavation. — Délivrance hydraulique pour hémorragie. — Inertie utérine: pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 10 Février 1929, entrainé à la Maternité une 1^{re} pare. Après un travail long, prise de forceps dans l'excavation en O. I. D. T. pour défaut de rotation.

Hémorragie de suite après l'extraction du fœtus: délivrance hydraulique.

Inertie utérine s'accompagnant d'une perte sanguine appréciable 1.200 cc.. Pouls rapide: 170. Mauvais état général. L'ergotine et l'hypophyse restent sans effet.

On place un clamp droit sur chaque ligament large et l'hémorragie se tarit rapidement.

Les pincés sont enlevées à la 8^e heure.

Suites de couches: apyrétiques.

Sort guérie le 12^e jour,

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Pincés sur les ligaments larges en 1927 lors d'un accouchement normal. — Grande extraction du siège. — Hémorragie grave de la délivrance: délivrance artificielle. — Guérison.

Il s'agit d'une V^e pare qui présente des hémorragies graves à chaque accouchement.

1924: hémorragie de la délivrance: délivrance artificielle.

1926: grossesse gémellaire: hémorragie très grave: délivrance artificielle; très mauvais état général.

1927: pincés sur les ligaments larges suivant le procédé de HENKEL modifié à la suite d'un accouchement normal pour inertie utérine.

1929: Grande extraction du siège après rupture prématurée des membranes (10 jours). Hémorragie grave de la délivrance: délivrance artificielle après échec de l'hydraulique.

Suites de couches: fébriles.

Sort le 17^e jour.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

Forceps dans l'excavation après incisions du col. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 20 Mars 1929, forceps en O. I. D. T. dans l'excavation après incisions du col chez une 1^{re} pare en travail depuis 22 h. présentant de la rigidité du col dilaté comme 5 frs. Hémorragie légère mais persistante de la délivrance; 2 h. après l'extraction fœtale, l'arrière faix n'est pas décollé. Echec de la délivrance hydraulique, délivrance artificielle.

L'utérus continue à saigner légèrement, d'autre part l'état général de la malade étant grave et pour éviter une nouvelle spoliation sanguine, qui pourrait être préjudiciable, on place au niveau des ligaments larges deux clamps courbes.

Les pincés sont enlevées à la 10^e heure.

Suites de couches: apyrétiques.

La malade quitte l'hôpital le 16^e jour en excellente santé.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

Accouchement en ville de grossesse gémellaire. — Hémorragie par inertie utérine. — Pincés sur les ligaments larges. — Mort par septicémie à streptocoques.

Le 7 Mars 1929, à 1 heure, entre à la Maternité une III^e pare qui a accouché d'un premier fœtus à 20 heures, puis d'un second à 21 heures.

Le placenta ayant été incomplètement expulsé, un médecin pratique en ville une révision de la cavité utérine; peu après une hémorragie intense nécessite son admission à l'hôpital. A son entrée, mauvais état général, pouls imperceptible; d'autre part, à la vulve s'écoule du sang, l'utérus est mou et ne se contracte pas malgré les massages intra-utérin et abdominal.

On place au niveau des ligaments larges deux clamps droits et l'hémorragie cesse. Les pincés sont enlevées à la 7^e heure.

Suites de couches: septicémie mortelle à streptocoques.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

Forceps après incisions du col. — Hémorragie après la délivrance. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison.

Le 9 Mars 1929, M. le Professeur LAFFONT fait une prise de forceps dans l'excavation après incisions des lèvres antérieure et postérieure du col chez une primipare ayant un bassin généralement rétréci, en travail depuis 48 h., pour souffrance fœtale, le col étant dilaté comme une grande paume de mains.

Après l'extraction, s'installe un écoulement sanguin persistant; délivrance normale, l'ergotine reste sans effet, l'hyppophyse déclanche quelques contractions, mais l'écoulement persiste, soit au total: 1,500 cc. de sang.

Mauvais état général, pouls: 130, irrégulier.

On place au niveau de chaque ligament large, un clamp droit; on protège le vagin par quelques petites compresses.

Les pincés sont retirées à la 6^e heure.

Suites de couches: apyrétiques.

Guérison complète et lever le 13^e jour.

OBSERVATION XXX (Inédite)

Accouchement normal. — Déchirures du col. — Pincés sur les ligaments larges. — Guérison

Le 13 Mars 1929 entre à la salle de travail une 1^{re} pare qui accouche spontanément en O.P. d'un enfant de 3 kg. 600 après un travail de 11 heures.

Sitôt après l'expulsion du fœtus, un écoulement sanguin continu apparaît à la vulve; le placenta est expulsé spontanément. Malgré un globe de sûreté satisfaisant, l'hémorragie persiste et l'état général de la malade s'aggrave (pouls 150).

On constate alors 2 déchirures latérales droite et gauche sur le col utérin, aussitôt 2 clamps sont posés sur les ligaments larges suivant le procédé d'HENKEL. L'hémorragie qui est évaluée à 1.400 cc. s'arrête aussitôt.

Les pincés sont enlevées au bout de 6 heures.

Suites de couches : normales.

La malade quitte le service le 14^e jour en excellente santé.

OBSERVATION XXXI (Inédite)

Réséction du col prolabé et œdématié. — Pincés sur les ligaments larges dans un but hémostatique

Le 22 Mars 1929 entrain à la Maternité une indigène II^e pare, venant de l'intérieur qui aurait accouché normalement mais rapidement deux jours auparavant; depuis ce moment, une tumeur molle apparut à la vulve.

En effet, à la vulve on constate l'existence d'une masse molle, violacée, ayant une odeur fétide du volume d'une petite tête de fœtus; cette masse n'est autre que le col de l'utérus œdématié et prolabé, on en délimite facilement les deux lèvres et on explore la cavité utérine à l'aide d'une pince, de celle-ci s'écoulent des lochies et des débris membraneux. D'autre part, au palper de l'abdomen on sent une masse dure qui est l'utérus remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic,

Après un curage de la cavité qui ramène quelques débris membraneux, on sectionne les lèvres antérieure et postérieure du col dans leur portion prolabée à la limite des tissus sains; des clamps courbes sont laissés à demeure durant 7 heures environ, puis sont enlevés; à ce moment une légère hémorragie se produit par les tranches sectionnées, aussi on place sur les ligaments larges 2 clamps droits selon le procédé de HENKEL, l'hémorragie s'arrête et ne se reproduit pas lorsque les pinces sont enlevées à la 8^e heure.

L'état général de la malade était grave à son entrée, pouls 130, température 39°.

Suites de couches : fébriles.

Quitte l'hôpital malgré les conseils donnés, le 6^e jour.

OBSERVATION XXXII (Inédite)

Utérus et vagin doubles. — Section de la cloison inter-vaginale. — Forceps dans l'excavation. — Délivrance artificielle. — Pinces sur les ligaments larges. — Guérison.

Il s'agit d'une 1^{re} pare de 35 ans entrant le 26 Mars 1929 à la Maternité; examinée à la consultation antérieurement où on avait constaté un vagin double et un utérus double. La grossesse avait évolué dans l'utérus gauche.

Au toucher: on pénètre dans un cul de sac vaginal droit n'amenant pas sur le col tandis qu'à gauche, le doigt est amené sur le col dilaté comme un franc; c'est une présentation céphalique engagée en O. I. G. T.

Le 27 Mars à 1 heure, dilatation complète, tête en O. I. G. T. qui est retenue par la cloison inter vaginale; après 2 heures d'attente, pas de changement. On intervient en pratiquant une section transversale de la cloison inter-vaginale à partir de la vulve jusqu'au niveau du col; une hémorragie consécutive nous oblige à extraire rapidement le fœtus. — Prise de forceps, extraction d'un enfant vivant pesant 3 kg. 050.

Hémorragie de suite après l'extraction fœtale; le sang vient bien de l'utérus, une pince ayant été placée sur les

deux lambeaux de la cloison vaginale. — Délivrance artificielle.

Hémorragie abondante (1.200 grs.) par inertie utérine; pouls rapide (140) état général déficient.

On constate que le sang vient de l'utérus, d'autre part, le col utérin droit saigne lui aussi. On place à gauche, le long de l'utérus un clamp droit; à droite, le long de l'utérus gauche, on introduit un clamp droit. L'hémorragie s'arrête aussitôt. Les pinces sont enlevées à la 8^e heure.

Suites de couches: apyrétiques.

Quitte l'hôpital le 12^e jour.

OBSERVATION XXXIII

(CABANES & HOUËL)

Résumée

Opération césarienne pour placenta prævia. — Hémorragie grave consécutive. — Echec du tamponnement vaginal. — Pincés clamps sur les ligaments larges. — Arrêt de l'hémorragie. — Guérison.

Il s'agit d'une II^e pare de 26 ans qui, au terme de sa grossesse, présente une hémorragie légère avant tout début de travail.

Dans la soirée, les contractions douloureuses apparaissent et avec elles un nouvel écoulement de sang de moyenne intensité.

Nous posons cette fois le diagnostic ferme de placenta prævia et nous conseillons le transfert immédiat dans une clinique de la ville.

A l'occasion d'un toucher prudent, on produit immédiatement une hémorragie terrifiante, le sang s'écoule à flot, traversant la literie et inondant le parquet. En quelques instants, la malade perd connaissance, elle est complètement exsangue.

Nous décidons de pratiquer une césarienne et pendant les préparatifs, une transfusion sanguine est réalisée (300 cc.). Césarienne corporéale, extraction d'un enfant

vivant du sexe masculin d'environ 3 kg. Le placenta inséré sur le segment inférieur, empiète sur l'orifice cervical. Sutures classiques.

Le réveil se fait rapidement, la malade se rendort, le poulx devient rassurant.

Mais au bout de quelques minutes, nous nous apercevons qu'il se produit à la vulve un écoulement de sang ininterrompu. Un tamponnement vaginal demeure inefficace et est rapidement traversé.

L'état général s'aggrave à nouveau; nous mettons alors en place, par le vagin, de chaque côté de l'utérus, 2 clamps selon la méthode de HENKEL modifiée.

L'hémorragie s'arrête définitivement.

Une 2^e transfusion remonte l'état général.

Les pinces sont enlevées 4 heures après leur mise en place. L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Suites opératoires excellentes.

Les auteurs concluent, à cette occasion, que la césarienne ne résout pas toujours le problème de l'hématose post partum.

L'utilité des pinces, selon la méthode de HENKEL, leur a paru évidente dans ce cas.

OBSERVATION XXXIV

(LAFFONT-LARRIBÈRE)

Inertie utérine — Pinces Clamps — Guérison

Primipare. Accouchement rapide: durée du travail: 4 heures. Hémorragie grave après la délivrance par inertie. Pinces sur les ligaments larges. Sort au 8^e jour après l'accouchement, ayant une température de 37° et un poulx à 88.

OBSERVATION XXXV

(LAFFONT-LARRIBÈRE)

Hémorragie très grave du placenta prævia. — Méthodes de Simpson, Braxton Hicks. — Arrêt de l'hémorragie. — Transfusion. — Expulsion spontanée du fœtus. — Déchirure du col remontant dans le segment inférieur. — Reprise de l'hémorragie.

Pincés sur les ligaments larges: arrêt de l'hémorragie qui reprend une 1/2 heure après. On se rend compte alors qu'une des pincés a glissé.

On voit le sang sourdre en jet par les tranches de section de l'utérus. On place alors de chaque côté, latéralement une pince le long de l'utérus, puis on en dispose une seconde obliquement en avant de la première.

Arrêt définitif de l'hémorragie.

Deuxième transfusion.

Décès au 7^e jour: infection et parotidite double.

OBSERVATION XXXVI

(LAFFONT-LARRIBÈRE)

Gros enfant: 4 kilogs.

Rupture prématurée des membranes.

Travail long: 30 heures.

Hémorragie par inertie utérine.

Pincés sur les ligaments larges.

Sort au 15^e jour.

OBSERVATION XXXVII

(LAFFONT-LARRIBÈRE)

Avortement provoqué au 4^e mois pour tuberculose pulmonaire bilatérale présentant une poussée évolutive. Hémorragie par inertie utérine. — Pincés sur les ligaments larges.

Sort 8 jours après.

OBSERVATION XXXVIII

(LAFFONT-LARRIBÈRE)

III^e pare. Appendicite aigüe opérée à la 18^e heure au 7^e mois de la gestation. A l'ouverture de l'abdomen on trouve du pus dans la grande cavité. Drainage après ablation de l'appendice perforé à sa base.

Le lendemain, accouchement prématuré spontané; début du travail à 12 h. 30.

A 13 h. dilatation complète. Forceps.

Puis immédiatement après grosse hémorragie.

Expulsion presque immédiate du placenta.

Persistance de l'hémorragie. Inertie utérine.

Pincés sur les ligaments larges. Arrêt de l'hémorragie.

Décès 48 heures après, par péritonite généralisée.

Autopsie: péritonite purulente.

L'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il est accroché par sa corne droite à des adhérences qui maintiennent celle-ci à hauteur d'une horizontale ombilicale.

On trouve trace de la pince clamp qui a rasé l'utérus à sa droite, prenant tout le ligament large avec l'artère utérine dans ses mors. L'uretère n'a pas été touché.

—o—

Dans ces 38 observations, les pincés ont été placés sur les ligaments larges :

19 fois pour **inertie utérine**.

4 fois pour INERTIE TOTALE;

(Observations 1, 4, 10, 34).

15 fois pour INERTIE PARTIELLE;

A la suite d'une présentation de l'épaule.

(Observations 5, 12, 21).

A la suite d'un accouchement spontané.

(Observations 14, 15, 17, 19, 20, 25, 32, 36).

- A la suite d'une présentation du siège.
(Observation 22).
- A la suite d'une grossesse gémellaire.
(Observation 28).
- A la suite d'un avortement.
(Observation 37).
- A la suite d'une péritonite appendiculaire.
(Observation 38).

9 fois pour déchirure du col :

- A la suite d'un accouchement spontané.
(Observations 24, 30).
- A la suite d'une présentation de l'épaule négligée.
(Observations 8, 13).
- A la suite d'une extraction du siège.
(Observation 2).
- A la suite d'une version podalique.
(Observation 3).
- A la suite d'un placenta prævia.
(Observations 6, 7, 18).

4 fois pour incisions du col.

(Observations 12, 27, 29, 32).

8 fois dans le placenta prævia.

- Pour inertie après césarienne.
(Observations 9, 33).
- Pour inertie après accouchement spontané.
(Observations 16, 23, 35).
- Pour rupture du segment inférieur.
(Observations 6, 7, 18).

3 fois dans un but prophylactique.

(Observations 11, 28, 31).

Dans tous les cas l'hémorragie a été jugulée instantanément.

Une seule fois elle a recommencé un quart d'heure

après, une des pinces ayant glissé (Obs. 35). L'hémorragie a été jugulée par une prise meilleure.

4 femmes sont décédées :

Une d'elles n'a pu survivre à son anémie trop prononcée (Obs. 6).

Une autre est morte, 7 jours après l'accouchement, d'infection (Obs. 35).

Dans ces deux cas, il s'agissait de placenta prævia avec déchirure du col se propageant vers le segment inférieur.

La troisième a succombé à une septicémie à streptocoques (Obs. 28), elle avait subi des manœuvres intra-utérines avant son entrée à l'hôpital.

La quatrième a succombé à une péritonite d'origine appendiculaire (Obs. 38).

5 fois seulement sont survenues des complications d'infection.

Il s'agissait de présentation de l'épaule négligée avec enfant mort qui nécessitèrent une embryotomie (Obs. 11, 13, 21), ou bien d'accouchement en ville accompagné de rupture utérine (Obs. 24). Dans le dernier cas il avait été pratiqué des manœuvres obstétricales (Obs. 1).

Ces cinq accouchées ont été toutefois RAPIDEMENT GUÉRIES.

Toutes les autres accouchées n'ont pas eu de température. Nous n'avons jamais noté de troubles urinaires.

Comme nous pouvons le constater les accidents relatés ne sont pas imputables à la méthode. Dans tous les cas, on n'avait le choix qu'entre l'hystérectomie et le tamponnement utéro-vaginal en dehors du procédé que nous avons employé.

CHAPITRE III

INDICATIONS — AVANTAGES

Nombreux sont encore de nos jours les cas de mort survenues par suite d'hémorragie foudroyante post-partum. Les grands progrès réalisés en obstétrique soit par une prophylaxie mieux ordonnée et par l'amélioration de la technique, soit par l'augmentation notable de produits chimiques et endocriniens ayant une bonne prise sur le muscle utérin n'ont eu que peu d'effets sur les suites morbides de l'atonie de l'utérus. C'est ainsi que STÖCKEL note sur 100.000 NAISSANCES le chiffre imposant de 582 CAS DE MORTS DUES A L'HÉMORRAGIE.

Or, nous sommes convaincus qu'une fois connus et appréciés à leur juste valeur, les procédés que nous avons décrits, feront fort heureusement diminuer la phalange tragique des mères dévouées, victimes du placenta prævia et de l'inertie utérine. En effet, c'est dans ces 2 complications que la méthode de HENKEL ou le procédé que nous proposons font merveille ainsi que nous pouvons le constater par la lecture de nos observations.

L'INERTIE UTERINE

Classiquement on décrit deux formes de l'inertie utérine: l'inertie utérine totale et l'inertie partielle.

1) La grande inertie totale

Caractérisée par une hémorragie abondante qui se manifeste de suite après la sortie de l'enfant et qui persiste sérieuse après la délivrance artificielle. L'utérus mou, sans limite précise est rapidement le siège d'une hémorragie interne; des signes d'anémie aiguë sont immédiatement constatés chez l'accouchée.

Cette forme, heureusement, est rare, mais elle nécessite une intervention rapide et efficace.

OR QUE CONSEILLENT LES CLASSIQUES COMME TRAITEMENT DE CETTE COMPLICATION ? Dans la dernière édition du traité de l'art des accouchements publiée par Brindeau, PLANCHU écrit: « C'EST L'ÉVACUATION IMMÉDIATE MANUELLE DE TOUT LE CONTENU UTÉRIN, par une sorte de curage manuel suivi de peignage de toute la surface interne QUI EST LE MOYEN DE CHOIX. La compression par la voie abdominale sur le poing fermé dans l'utérus permettra d'attendre en sécurité le retour des contractions et de la rétraction utérines. Dans cette forme exceptionnelle, seule cette manœuvre est efficace. » Il rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle cette compression commencée à domicile fut continuée dans la voiture d'ambulance pendant tout le transport jusqu'à l'hôpital. L'inertie totale disparut au bout d'une heure. Il a l'impression que cette manœuvre a permis de sauver la malade chez laquelle l'ergotine et les injections intra-utérines chaudes n'avaient donné aucun résultat.

En effet, nous n'ignorons pas que dans des cas semblables les ocytocyques tels que l'ergotine et l'hypophyse n'ont pas le temps d'agir; le tableau est dramatique et se déroule trop rapidement. Nous avons vu des hémorragies d'un litre et plus s'effectuer en quelques minutes. C'est alors que nous devons avoir recours à un traitement héroïque, rapide, efficace et nous pensons que dans ces conditions, seule l'APPLICATION DES PINCES sur les ligaments larges, peut MAITRISER CES HÉMORRAGIES foudroyantes. (Obs. 1, 4, 10, 34).

Non seulement LA COMPRESSION VAGINALE DES UTÉRINES EST **efficace**; en effet nous n'avons jamais eu à noter d'échec dans notre pratique, MAIS ENCORE ELLE EST **inoffensive**. Le fait d'introduire une main dans l'utérus et de l'y laisser un temps relativement long, nous incitera à rejeter la méthode conseillée par PLANCHU, car nous savons combien sont dangereuses les manœuvres intra-utérines au point de vue de l'infection post-partum. Cependant à l'hôpital ou en clinique, il nous arrive souvent de pratiquer une révision de la cavité utérine, dans le but d'évacuer l'utérus des caillots qui entretiennent l'hémorragie. C'est une excellente opération, certes, lorsqu'elle est faite dans des conditions rigoureuses d'asepsie; or, il nous semble difficile de requérir celles-ci, en dehors d'un milieu spécialisé. C'est pourquoi nous restons circonspects et très prudents en manœuvres intra-utérines en clientèle privée et conseillons aux praticiens d'avoir recours à notre procédé. En effet, il n'y a PAS DE MANŒUVRE INTRA-UTÉRINE à effectuer pour mettre en place des pincés le long de l'utérus. D'autre part aucun organe ne peut être lésé par ces pincés,

Ainsi l'hémorragie tarie, nous pourrions attendre le retour des contractions utérines qu'on peut, au besoin, activer par des injections d'ocytociques.

2) L'inertie partielle

Dans d'autres cas, au contraire, la délivrance s'est effectuée spontanément sans que rien d'anormal n'ait attiré l'attention. Puis un léger suintement sanguin s'installe, l'utérus saigne à petit débit, il augmente de volume, devient sphérique, mollasse et sa cavité alors réelle, contient sang et caillots. Cette forme est assez fréquente et ce n'est qu'une heure et plus après l'accouchement que le praticien qui avait cru pouvoir quitter son accouchée, est rappelé d'urgence à la première syncope.

La plupart du temps les injections d'ergotine et d'hypophyse, le massage abdominal du corps utérin avec évacuation de son contenu (sang, caillots) les injections intra-utérines chaudes, la révision utérine pratiquée avec des soins d'asepsie extrême suffiront à tarir l'hémorragie.

MAIS DANS QUELQUES CAS CES MOYENS RESTENT INEFFICACES, L'HÉMORRAGIE CONTINUE A UN MOMENT OU LES PHÉNOMÈNES D'ANÉMIE AIGUE SONT DEVENUS INQUIÉTANTS. Il ne reste plus alors dans l'arsenal thérapeutique que deux ressources ultimes :

a) LE TAMPONNEMENT TOTAL UTÉRO CERVICO VAGINAL. A LA DUHRSEN, souvent inefficace et de plus dangereux lorsqu'il est fait en dehors d'un milieu spécialisé.

INEFFICACE, car il ne résout pas le problème de l'hémostase: en effet, l'hémorragie peut persister, le tamponnement s'imbibe et l'état de la malade devient de plus en plus inquiétant. A cette occasion

nous résumerons une observation fort intéressante de LORENZEN publiée en 1926 :

Il s'agissait d'une primipare qui fit, une heure après la délivrance, une hémorragie grave. Malgré l'ergotine et l'hypophyse, les malaxations de l'utérus, l'hémorragie persista. Il pratique alors un tamponnement intra-utérin; une demi-heure après, tandis que la gaze n'était pas souillée de sang, l'état général de la malade s'aggravait. Il enlève le tamponnement et un flot de sang gicle derrière la gaze; c'est alors qu'il met en place sur les ligaments larges, une pince de MUSEUX selon le procédé décrit par HENKEL. L'hémorragie cessa aussitôt. Depuis ce temps là, dit LORENZEN j'ai toujours employé avec succès le procédé de HENKEL.

De plus, le tamponnement utéro-vaginal est DANGEREUX, car il nécessite des manœuvres intra-utérines plus ou moins aseptiques et nous savons combien dans la pathogénie des infections puerpérales ce facteur est important.

b) Les classiques conseillent aussi, dans certains cas une dernière ressource et combien précaire : LA COMPRESSION DE L'AORTE ou la CONSTRICTION DU TRONC par un lien élastique en attendant que l'on ait pu, d'urgence, organiser et effectuer une HYSTÉRECTOMIE. Nous ne nous résoudrons que difficilement à enlever un utérus pour une hémorragie ; malheureusement, dans bien des cas, chez des malades extrêmement anémiées, cette ultima ratio a dû être employée.

Nous voyons ainsi quels services peut rendre la compression vaginale des utérines; cette méthode TOUJOURS EMPLOYÉE COMME MOYEN ULTIME NE NOUS

A DONNÉ QUE D'EXCELLENTS RÉSULTATS comme nous pouvons le juger par nos observations (Obs. 5, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 25, 28, 29, 32, 36, 37, 38). Dans tous ces cas ce n'est qu'après échec des ocytocyques, des moyens classiques que nous avons employé le procédé de HENKEL modifié devant l'aggravation rapide de l'état général de nos malades.

LE PLACENTA PRÆVIA

Nous savons que le placenta prævia entraîne fréquemment des hémorragies graves après la délivrance. En effet, le siège même de l'insertion placentaire sur le segment inférieur, portion flasque de l'utérus entraîne une raréfaction de fibres musculaires déjà normalement raréfiées et amincies. La rétractilité presque nulle est insuffisante pour assurer le jeu de ligatures vivantes et les vaisseaux utérins sont généralement très augmentés de volume au niveau de cette aire placentaire.

D'autre part l'hémorragie peut être aussi due à l'existence fréquente d'éraillures, de fissures, de déchirures même du segment inférieur ou du col dont le tissu friable diminué dans sa résistance par la pénétration des villosités choriales cède soit spontanément au cours de la période d'expulsion ou au cours de manœuvres obstétricales. Si nous tenons compte que le placenta prævia survient chez les multipares porteuses de col cicatriciel, nous comprendrons que les déchirures se limitent mal et puissent intéresser les gros vaisseaux.

Ainsi l'HÉMOSTASE NE PEUT-ELLE S'EFFECTUER QUE DIFFICILEMENT et l'hémorragie s'arrêtera surtout par la rapidité de la coagulation et par la compression exercée sur le segment inférieur par le poids du corps utérin. Mais combien moins énergique et efficace est ce moyen d'hémostase par rapport à la rétraction active, apanage du muscle utérin. D'où cette double notion de la FRÉQUENCE et de la GRAVITÉ des hémorragies surtout chez les femmes

à faible coagulabilité et l'utilité d'employer dans le traitement de ces hémorragies, surtout les MOYENS DE COMPRESSION DIRECTE, plutôt que les moyens destinés à renforcer la contractilité et la rétraction qui agissent presque exclusivement sur la partie contractile de l'utérus : le corps. Nous comprenons alors que les ocytocyques soient insuffisants la plupart du temps.

Dans ces cas les classiques conseillent de pratiquer un TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN; certes cette intervention a pu donner, dans de pareils cas, d'excellents résultats; mais nous la rejetterons pour les raisons suivantes :

Elle est loin d'être sans danger étant donnée la vulnérabilité des tissus au niveau de l'insertion placentaire; cette partie peu contractile cède facilement à l'effort de la gaze tamponnante. Elle est, par ailleurs, souvent INSUFFISANTE; l'hémorragie peut continuer derrière le tamponnement et les malades ayant perdu une grande partie de leur résistance par suite de pertes répétées pendant l'accouchement succombent après une hémorragie d'intensité moyenne. De plus ces femmes anémiées présentent un état de moindre résistance vis-à-vis des agents infectieux qui peuvent être introduits dans l'utérus par la gaze tamponnante.

C'est précisément dans ces cas que le procédé que nous proposons : compression vaginale des artères utérines, donne d'excellents résultats et jugule instantanément l'hémorragie. Dans les observations 16 et 23, les injections d'ergotine et d'hypophyse étant restées sans effet, devant l'état grave de la malade nous avons posé les clamps au ras du col et l'hémorragie cessa aussitôt.

Par ailleurs, plusieurs auteurs (LAFFONT et LARIBÈRE, CABANES et HOUËL, REDING), ont fait remarquer que même la césarienne ne résoud pas le problème de l'hémostase post-partum dans les cas de placenta prævia. Ils rapportent des observations, où malgré l'hypophyse, l'ergotine, le massage utérin, l'hémorragie persista après une opération césarienne pour placenta prævia. Devant l'aggravation de l'état général et l'échec du tamponnement, ils mirent en place des pinces sur les ligaments larges et l'hémorragie fut maitrisée aussitôt. Ils concluent que ce procédé est le seul moyen sûr et non septique pour arrêter instantanément l'hémorragie (Obs. 9, 33).

DECHIRURES DU COL ET INCISIONS DU COL

AUTRES INDICATIONS

Dans d'autres cas cliniques non moins fréquents, des hémorragies peuvent suivre la délivrance et devenir inquiétantes: nous voulons parler des hémorragies par déchirures ou incisions du col.

Nous entendrons par déchirure du col celles qui dépassent l'insertion vaginale, remontant sur la portion sus-vaginale et empiétant légèrement sur le segment inférieur; celles-ci assez fréquentes intéressent particulièrement les bords latéraux et spécialement le gauche.

Certes, la déchirure légère du col qui est pour ainsi dire normale chez les primipares, ne donne lieu à aucun traitement spécial.

Toutefois la déchirure haute comprend un traitement curatif immédiat surtout dans les cas où l'hémorragie vient compliquer le tableau clinique. C'est en Allemagne que les discussions les plus vives ont eu lieu à ce sujet.

Le procédé de HENKEL, adopté par la majorité, se rend toujours maître de l'hémorragie et il est utile au praticien éloigné de tout centre spécialisé, la suture immédiate de la brèche utérine, exigeant une installation adéquate. C'est pourquoi HENKEL, HANS BAUMM, BURCKHARDT, préconisent d'employer dans ces cas ce procédé avant tout; DEMME se déclare satisfait de la méthode qu'il applique depuis 2 ans 1/2 dans son service d'accouchement. LORENZEN soutient que le meilleur traitement est la suture immédiate, mais il conseille, si celle-ci n'est

pas possible, d'agir rapidement pour arrêter l'hémorragie. C'est alors que le procédé de HENKEL doit être employé de préférence au tamponnement utéro-vaginal.

MULLER conseille à l'accoucheur d'appliquer dans ces cas les pinces sur les ligaments larges, il maîtrisera à coup sûr l'hémorragie. Le tamponnement, au contraire, sera inefficace, car le sang aura tendance à fuser dans le tissu cellulaire du paramètre. GARIPUY prétend lui aussi qu'il est illusoire de faire la suture dans ces tissus déchirés de mauvaise qualité.

Au contraire, OPITZ préconise avec ferveur le tamponnement utéro-vaginal serré fait sous le contrôle de la vue.

BECKER loue la suture immédiate de la déchirure, repousse la compression du paramètre et conseille de faire la compression aortique pour venir à bout de l'hémorragie. D'autres auteurs vont même jusqu'à proposer l'hystérectomie.

Pour BRINDEAU, on peut pratiquer un tamponnement, seulement dans les cas où la déchirure n'est pas très importante, mais cette opération devient dangereuse si l'hémorragie provient d'un gros vaisseau.

D'autre part, le procédé agissant directement sur la plaie en comprimant ses lèvres avec des pinces est inopérant; il contusionne les tissus, prédisposant au sphacèle, à l'infection et aux hémorragies secondaires.

Dans ces conditions, nous pensons que le procédé que nous proposons ainsi que celui de HENKEL sont beaucoup plus simples et plus sûrs; certes, ils visent seulement l'hémorragie et ne s'intéressent pas

à la déchirure, mais à ce moment c'est le symptôme hémorragie qui domine la scène clinique et qui nous oblige d'intervenir d'urgence (Obs. 24, 30, 8, 13, 2 et 3). En ce qui concere les INCISIONS DU COL, la même ligne de conduite doit être suivie lorsque la brèche utérine saigne. (Obs. 12, 27, 29, 32).

Dans d'autres cas, la méthode de HENKEL modifiée a aussi été employée avec succès :

DANS UN BUT PROPHYLACTIQUE les pinces peuvent être mises en place, afin d'éviter une nouvelle spoliation sanguine qui pourrait aggraver l'état de la malade. (Obs. 11, 28 et 31).

Nous n'avons eu l'occasion de l'employer que dans un seul cas d'inertie utérine post partum (Obs. 37).

D'autre part, nous n'avons jamais appliqué de pinces dans les hémorragies secondaires tardives du post-partum, toutefois nous pensons que le procédé peut donner de bons résultats dans ces cas où la thérapeutique est actuellement tant discutée.

CONCLUSIONS

La critique de nos observations et l'expérience que nous possédons, à l'heure actuelle, de la compression vaginale des utérines à l'aide de pinces, nous autorisent à émettre les conclusions suivantes :

1° A côté des méthodes « classiques » de traitement des hémorragies après l'accouchement, il y a lieu de réserver une large place aux procédés de compression vaginale de l'artère utérine.

2° HENKEL combat avec succès les fortes hémorragies utérines du post partum par la compression bilatérale du paramètre à l'aide de deux fortes pinces de Museux.

3° Il nous a paru plus rationnel de comprimer directement l'artère utérine à travers le cul de sac vaginal latéral à l'aide de pince clamp. Grands clamps rayés obliquement que nous avons placés au ras du col attiré le plus près possible en bas et en dehors à l'aide de deux fortes pinces de MUSEUX.

Cette pince clamp sera laissée à demeure durant 3 heures environ.

4° Le procédé de HENKEL modifié nous a donné entière satisfaction. Dans nos 38 observations nous relevons 38 succès. Personnellement nous avons 22 fois obtenu d'excellents résultats. D'autre part, nous n'avons jamais noté d'accidents imputables au procédé.

5° Nous proposons une pince à branches fenêtrées d'une courbure telle que seule la crosse de l'utérine est prise entre ses mors.

6° Les instruments utilisés dans ce procédé (2 valves vaginales, 2 pinces de MUSEUX, 2 pinces clamps) sont ceux que tout praticien possède. De plus, le procédé efficace, fidèle, inoffensif, rapide, doit s'assurer une place prépondérante dans le traitement des hémorragies graves du post-partum.

7° Dans l'inertie utérine et les déchirures du col ainsi que dans les hémorragies post-partum du placenta prævia, ce procédé a toujours été utilisé avec succès. D'autre part, il est encore indiqué dans les hémorragies post-abortionum ou les hémorragies secondaires tardives du post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

Audebert. — Traitement des hémorragies après l'accouchement par la mise en place de pinces à demeure.

(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*, Septembre 1927, n° 16, page 570.)

Baumm Hans. — Le traitement des déchirures du col.

(*Deutsch Medizinische Wochenschrift*, 1925, n° 46, p. 1975).

Baumm Hans. — Traitement des ruptures saignantes du col à la suite d'accouchement spontané.

(*Zentralblatt für Gynækologie*, 19 Septembre 1925, n° 38, p. 2141).

Becker. — La compression aortique dans les traitements des hémorragies après l'accouchement.

(*Münchener - Mediz Wochenschrift*, 1913, n° 18).

Becker Georges. — Les hémorragies après l'accouchement.

(*Zentr. f. Gyn.* 1924, n° 18, p. 1007).

Brindeau. — La pratique de l'art des accouchements.

(*T. I et t. III*).

Burkhardt. — La compression du paramètre dans les hémorragies graves après l'accouchement.

(*Zentr. f. Gyn.* 1924, n° 14, page 734).

Cabanes et Houël.

(*Soc. Obst. et Gyn. d'Alger*, Juin 1928, p. 838).

Demme Reinhold. — Le traitement de l'inertie utérine.

(*Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1925, n° 31).

Dieulafé. — Six cas d'hémorragies après l'accouchement traitées par la mise en place de pincés à demeure.

(*Société d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 2 Déc. 1926. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1926, n° 8, page 562).

Flatau. — La compression des paramètres depuis Henkel dans les hémorragies graves après l'accouchement.

(*Münchener Mediz. Wochenschrift*, 14 Nov. 1924, page 1609).

Garipuy. — Six cas d'hémorragies survenues après l'accouchement et traitées par la mise en place de pincés à demeure.

(*Société d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 2, Déc. 1926. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris* 1926, n° 8, page 562).

Henkel. — Sur le traitement des hémorragies graves après l'accouchement par la compression des paramètres à l'aide de pinces à griffe.

(*Zentralblatt f. Gynækologie*, 1902, page 560).

(*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1902, pages 197 et 490, n° 47).

(*Archiv. f. Gynækologie*, 1908, n° 86, page 713).

(*Deutsch Médiz. Wochenschrift*, 1925, n° 28. p. 1139).

(*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* 1925, n° 88, p. 678).

(*Zentralblatt f. Gynæk*, 1926, p. 391).

(*Archiv. f. Gyn.* 1925).

Compte rendu du XIX^e Congrès de Gynécologie de langue allemande, p. 379).

Johannsen. — Sur le traitement des hémorragies consécutives à la déchirure du col après l'accouchement spontané.

(*Zentralblatt f. Gynæk.* 1925, n° 22, p. 1185).

(*Zentr. f. Gynæk* 1926, p. 1033).

Labhardt.

(*Zentr f. Gynæk*, 1903, p. 867).

Laffont Larribère. — Douze observations de méthode de Henkel modifiée.

(*Bull. Soc. Obst. et Gynécol.* 1928, p. 836).

Lorenzen. — Notes sur les hémorragies du post partum et sur leur traitement.

(*Zentr. f. Gynæk* 1926, n° 23, p. 1518).

Mourgues. — Trois cas d'hémorragies obstétricales arrêtées par le procédé des pinces.

(*Soc. Obst. et Gyn. Toulouse*, 23 Mai 1928, in *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* Mai 1928, p. 790).

Müller. — Hémorragies utérines post partum et procédé de Henkel.

(*Gynécologie et Obstétrique*, Sep. 1926, p. 151).

(*Zentralblatt f. Gynæk.* 1928, p. 3317).

Opitz. — Des hémorragies après l'accouchement.

(*Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1923, n° 18).

Piskaëck Ludwig. — Le traitement des hémorragies de l'inertie utérine par le procédé des pinces.

(*Wiener Klinik Wochenschrift*, 1925, n° 23).

Reding. — Le traitement du placenta proœvia.

(*Schweiz méd. Wochenschrift*, 1922, n° 30).

(In *Zentralblatt f. Gynæk.* 1924, n° 20, p. 1095).

Slemons Morris.

(*Rockefeller Institute for Medical Research, New-York*).

Sieber. — La compression du paramètre.

(*Münchener Méd. Wochenschrift*, 1928, n° 49, p. 2123).

Spirito. — La compression des utérines, depuis la méthode de Henkel dans les hémorragies post partum.

(*Archiv. d'Obstétricia e Ginecologia*, 1926, série II, vol. XIII, n° 7).

Stöckel. — Traité d'accouchement (Leipzig 1929).

(*Rapport du XIX^e Congrès de Gynécologie, Vienne, Juin 1925*).

(*C. R. in Zentralblatt f. Gynæk.* 1925, n° 28).

Thaler. — Le traitement des hémorragies après l'accouchement.

(*Berichte uber d. ges. Gyn. und Geb.* 1925, n° 14).

Vogt. — La critique du tamponnement utéro vaginal.

(*Zentr. f. Gynæk.* 1924, n° 22, p. 1195).

(*Soc. Rhénane de Gynécologie et d'Obstétrique, Baden Baden*, 2 Mars 1924).

Wiemer. — Sur le tamponnement de l'utérus.

(*Münchener Mediz. Woch.* 1926, n° 7).

Wieloch. — Rétraction et hémostase du post partum.

(*Zentr. f. Gynæk.* 21 nov. 1925, p. 2644).

Zimmermann. — La méthode de Henkel dans les hémorragies graves après l'accouchement.

(*Deutsch Medizi. Wochenschrift*, 1913, n° 47).

(*Archiv. f. Gynækologie*, 1913, n° 120, p. 160).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
------------------------	----

CHAPITRE PREMIER

<i>Historique</i>	19
<i>Rappel anatomique</i>	24
<i>Le procédé de Henkel</i>	26
<i>Le procédé de Henkel modifié</i>	30
<i>La Pince</i>	35
<i>Lésions d'organes</i>	38

CHAPITRE DEUXIÈME

<i>Observations</i>	41
-------------------------------	----

CHAPITRE TROISIÈME

<i>Indications et avantages</i>	69
<i>Inertie utérine</i>	70
<i>Placenta prævia</i>	75
<i>Déchirures et incisions du col</i>	78
<i>Autres indications</i>	78

CONCLUSIONS.	81
----------------------	----

BIBLIOGRAPHIE.	83
------------------------	----

VU : *Le Président de Thèse,*

LAFFONT.

VU : *Le Doyen,*

LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 13 Décembre 1929.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

PIERRE MARTINO.

